العـدد الثانى فبراير سنة ١٩٢٣ السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشاً فى القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثانى — فبراير سنة ١٩٢٣ — السنة السادسة

المحاضرة

التى ألقاها حضرة صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن

رئيس الجمعية الطبية المصرية باسكندرية فى الجلسة العلمية العاشرة

القيلة المائية وأسبابها فى مصر

يعطى اسم قيلة مائية لتجمع سائل مصلى ليمونى فى الطبقة الغمدية للخصية أو الحبل المنوى أو الاثنين معاً. فمنها القيلة المائية البسيطة وهو الشكل العادى الكثير الحصول وفيه الطبقة الغمدية للخصية يتجمع فيها السائل المصلى بدون تغير ظاهر فى الخصية ولا فى الطبقة الغمدية ومنها القيلة المائيـة الخلقية عند الاطفال المولودين حديثاً ومنها القيلة المائية الخلوية الغمدية feniculo-vaginal التى تكون قاصرة على الطبقة الغمدية والحبل المنوى لغاية الفتحة الأربية الظاهرة ومنها القيلة المائية ذات الكيسين لديوبترن Hydrocele en bissac de Duputren والذى فيها السائل يكون ممنوعا عن النزول فى الكيس بواسطة ضيق

الفتحة الاربية الباطنة فيمتد السائل سواء كان امام البريتون أو فى سمك جدر البطن المقدم ومنها القيلة البريتونية الخلوية لشاسنياك Hydrocele peritones finuculaire de Chassaignac

ومنها الطبقة الغمدية للخصية لا تحتوى على سائل والخصية تحس بسهولة تحت الورم وفى هـذه الحالة يكون تجمع السائل آتيا من البطن ويستمر فى القناة البريتونيـة الغمدية لغاية أعلى الطبقة الغمدية للخصية والسائل يدخل بسهولة فى البطن وأخيراً يوجد قيلة مائية يقال لها القيلة المائية المتكيسة للحبل المنوى

قلنا أن سائل القيلة المائية اصفر ليمونى شفاف فى غالب الاحوال ولـكن فى بعض الاحيان يكون لونه أسمر وفى بعض الاحيان هلامى gelatineux وأحيانا يوجد فيه مادة دهنية تكسبه اللون اللبنى نظراً لاحتوائه على كراة شحمية بكثرة واما القيلة اللبنية الحقيقية فهى نتيجة الفلاريا فى البلاد الحارة وكمية هذا السائل يختلف مقدارها باختلاف سببه وازمانه

الطبقة الغمدية فى أغلب الاحيان تكون طبيعية رقيقة Mince حتى يتصور أن السائل الموجود فيها زيادة افراز فقط Hypersecretion ولـكن فى أغلب الاحيان متى ازمنت القيلة تكون هـذه الطبقة الغمدية سميكة مغطاة بطبقة ليفية ومتى بحثنا السائل فى ابتداء حصول القيلة نجد أنه سائل التهابى يحتوى على بعض الـكرات الحمراء والفبرين fibrine الامر الذى يدل على التهاب الطبقة الغمدية فى ابتداء تكون المرض

اذن هل القيلة المائية على وجه العموم نتيجة تهيج مستمر للطبقة الغمدية يحصل من المشى أو نتيجة زيادة افراز هـذه الطبقة أو التهاب خفيف فيها أو استعداد بدون سبب آخر أو نتيجة أمراض خصوصية موضعية كالفلاريا وما

سبب انتشارها فى البلاد الحارة (الشرق) أكثر من البلاد الباردة (البلاد الغربية) وهذا هو موضوع بحثنا هنا الآن ؟

كثير من الجراحين اختلفوا فى سبب هذا المرض فجراحوا البلاد الباردة ينسبون المرض فى مصر فى أكثر الاحوال للفلاريا

وجناب المستر مادن مدرس الجراحة بمدرسة الطب بمصر والدكتور على بك ابراهيم لحضرتيهما رأى آخر فلنفحص كل رأى على حدته

أولا أن جناب المستر مادن والدكتور على ابراهيم وانا متفقون على أن القيلة المائية بمصر يندر جداً أن تكون نتيجة الفلاريا لأنه عند ما كنت جراحا لاسبتالية اسكندرية الاميرية كنت أرسل السائل المستخرج من القيلة المائية فى كثير من الاحوال لفحص الفلاريا فيأتى البحث بالسلب حتى فى بعض الاحيان كنا نفحص الدم فلا نجد فيه الفلاريا وقد شاهدت فى حالات اخرى بول لبنى مع وجود الفلاريا فى الدم . والحال أن المصابين لم يشاهد عندهم قيلة مائية وجناب المستر مادن يقول فى كتابه الخاص بالجراحة فى مصر بالحرف الواحد

«رغماً عن الفرص السانحة لنا لكثرة رؤيتنا هذه الحالة فى كثير من الاحوال فاننا لم نتقدم خطوة واحدة فى طريق اكتشاف سبب للقيلة المائية وكل ما كتبته فى الجمعية الطبية بايدنبرج فى مارس سنة ١٩١٣ تحت عنوان أسباب القيلة المائية وعلاجها يصح أن أذكر شيء منه الآن

قد يعتبر تقصيراً أنه بالرغم من انتشار القيلة المائية فى مصر والهند فان مسئلة سببها لم تحل الى الآن وعلى ما أذكر اذا استثنينا الرأى الذى لم يبرهن عليه حتى الآن وهو القائل ان القيلة المائية دائما تصحب الفلاريا فانه لا يوجد برهان او دليل قاطع يثبت اى سبب من الاسباب التى افترضت . وقد قيل ان ارتخاء الصفن عند سكان البلاد الحارة يساعد على حصول القيلة المائية نظرا لأن الصفن يكون مرتخياً ومعلقاً ولكن هذه ليست قاعدة فان الاوروباويين

الذين ولدوا فى القطر المصرى وعاشوا به طول حياتهم ليس عندهم استعداد للاصابة بالقيلة المائية اكثر من استعداد سكان البلاد الاوروباوية الباردة مثل اسكوتلاندة بيد أن عدداً كبيراً من المصريين يشكون كثيراً من القيلة المائية ولكن يجب ان نذكر ان البنطلونات والملابس الملاصقة للجسم التى يلبسها الاورباويون الذين يسكنون مصر تساعد على رفع الصفن دائما فلا تجعله مرتخياً وهذا الرافع الدائم غير موجود عند المصريين خصوصاً الفلاح الذى لا يلبس غير لباس واسع من القطن تحت جلابية واسعة جداً »

فمن ذلك يظن جنابه ان عدم وجود ما يرفع الصفن يساعد على حصول القيلة المائية وهناك سبب آخر اهم بكثير من السبب السابق وهو عادة الافراط فى الجماع وهى عادة منتشرة جداً بين الفقراء من المصريين وخصوصاً الفلاحين الذين هم اكثر عرضة للاصابة بالقيلة المائية وهذه العادة منتشرة ايضاً فى البلاد الاسلامية الاخرى ونظرا لكثرة الاوعية الدموية للخصية والاحتقان الزائد المستمر الذى يحدث وقت الجماع تمتلىء هذه الاوعية بالدم اكثر من اللازم ويتسبب عن ذلك انسكاب سائل مصلى (وكثيراً ما يشاهد مثل هذه الحالة حول القروح المزمنة للساق)

ويتراكم هذا السائل فى الفضاء الذى بين الغشاء الذى حول الخصية (الطبقة الغمدية) ويزداد شيئاً فشيئاً نظراً لاستحالة امتصاصه لأن الانسكاب مستمر فى الاوعية الدموية وعلى ذلك تزداد الكمية المنسكبة . ومن وظيفة الغشاء الذى حول الخصية انه يسكب سائلا مصلياً كافياً لانزلاق ورقتى الغشاء وعلى ذلك تتحرك الخصية داخل الصفن بدون ادنى صعوبة او احتكاك ولكن نظرا لاحتقان الغشاء بسبب الكثرة فى الجماع تزداد كمية السائل زيادة مضطردة اى ان الغشاء يطالب منه ان يؤدى اكثر من وظيفته وتراكم هذا السائل المنسكب يكون قيلة مائية تبقى موجودة نظرا لاستمرار مفعول الاحوال المسببة وصعوبة

الامتصاص . واحتقان محتويات الصفن ينتج ايضا من بقاء الصفن معلقاً بدون رافع وصعوبة رجوع الدم الوريدى وهذه الحالة الاخيرة تجلى اكثر فى احوال الدوالى مع القيلة المائية فيزداد حجم وثقل الصفن و يصير دائما مشدودا الى الاسفل

ومن المهم أيضاً أن البغال والخيل والحمير فى مصر كثيراً ما تصاب بالقيلة المائية وقد يكون هذا دليلا آخر على كون الصفن معلقاً بلا رافع ولكنها تجعل الواحد منا يفكر فى سبب آخر مشترك بين الانسان والحيوان وهذا يجرنا الى موضوع كبير لا حاجة بنا للدخول فيه الآن ومن المهم أن نقارن بين حالات القيلة المائية عند الحيوانات التى بالقطر المصرى والتى فى البلاد الأوروبية ففى فرنسا حيث لا تحصى الحيوانات الصغيرة الا نادراً كما هى الحالة فى مصر لم أشاهد حالات قيلة مائية ظاهرة فى الحيوانات كما شاهدتها فى مصر

ولو أن حالات القيلة المائية التى تتسبب من الزهرى أو الامراض الاخرى يجب أن توضع فى طبقة لوحدها من وجهة علاجها نظراً لاختلاف السبب الا أن مرامى (مستر مادن) هو أن تعالج القيلات المائية التى تنسب الى الزهرى بنفس الطريقة التى تعالج بها القيلات المائية الاخرى ولقد حاول جنابه اكثر من مرة أن يبحث عن الفلاريا فى حالات القيلة المائيـة التى كانت تجىء تحت ملاحظته وكان يفحص الدم فى الليل وفى النهار ولكن بدون جدوى. وفحص السائل الذى من القيلة نفسه ولم يعثر على الفلاريا أبداً الا فى حالة واحدة كانت قيلة كيلوسية وقد أخبر جنابه الدكتور هايود أنه لم يتمكن حتى الآن من اقناع نفسه بأن الفلاريا تسبب القيلة المائية البسيطة

يفهم من شرح جناب المستر مادن أن القيلة المائية نتيجة احتقان وتوارد كمية عظيمة من الدم فى الاعضاء التناسلية واعاقة الدورة فيها للاسباب المتقدمة الذكر لكن ثبت من فحص الطبقة الغمدية أنه على وجهها مادة ليفية fibrine

مع وجود كرات حمراء فى السائل فى ابتداء تكونه . كما أنه شوهد بعض التصاقات وحواجز بين وريقتى الطبقة الغمدية الامر الذى يدل على حصول التهاب شديد ولو أنه شوهد فى بعض الاحوال أن الطبقة الغمدية سليمة طبيعية ولكن ذلك يمكن تفسيره بأن الالتهاب الاولى ضعيف جداً وقد امتصت الظواهر الالتهابية بمضى المدة ولم يتبق الا السائل الشفاف ومن هذه الحالة تكون القيلة المائية بسيطة صغيرة وتمكث سنوات عديدة بدون ازدياد . اذن الاحتقان هو سبب مهيء للالتهاب وليس هو السبب الاصلى للقيلة كما أننى لم أشاهد فى عملى مدة ثلاثين سنة كثرة القيلة المائية المصاحبة للقيلة الدوالية لأنها قليلة جداً وسببها فى هذه الحالة التهاب الاوعية الدوالية الوريدية كما يحصل فى القيلة المائية الناتجة عن عملية التهاب الفتق الاربى والتهاب الحبل المنوى وأورام الخصية والبربخ لأن الدورة فى القيلة المائية بطيئة ولكن غير معاقة كما يحصل فى دوالى الساق فمهما كان حجم الاوردة الدوالية فانه لا يوجد ارتشاح فى القدم أو الساق الا اذا وجدت تقرحات دوالية فالأوزيما فى هذه الحالة تكون ناتجة عن انسداد بعض الاوعية بالرشح . فالرشح الالتهابى المصاحب للتقرحات هو كما يشاهد فى كل تقرح آخر سواء كان دوالياً أو التهابياً

أما الرأى القائل بأن الحيوانات الموجودة تحصل عندها القيلة المائية بكثرة عن البلاد الاورباوية نظراً لعدم رفع الصفن كما هو حاصل عند الفلاحين وقول جنابه أنه لم يشاهد حالات قيلة مائيـة ظاهرة فى الحيوانات فى البلاد الاورباوية كما شاهدها بمصر فقد سألت فى هذه المسألة طبيباً بيطرياً اختصاصياً وهو جناب المسيو بيوبك مفتش عموم السلخانة باسكندرية فقال لى بافادة فى ٢٢ يونيه سنة ١٩٢٢ أنه بعد عمل اكثر من ثلاثين سنة فى مصر شاهد نادراً جداً القيلة المائية عند الحيوانات فى مصر والخصى يندر جداً عمله فى مصر أيضاً والحالة بخلاف ذلك فى أوروبا ووافقه على ذلك الدكتور عزت

مساعده فى بلدية اسكندرية والمحافظة . اذن هذا الرأى القائل بوجود القيلة مكبرة عند الحيوانات بمصر لم يثبت برأى اختصاصيين اشتغلا زمناً طويلا فى هذا الفن ويقول جناب المسيو بيوبك فى افادته لى بنقطة Orchite (والافادة مكتوبة بالفرنساوى) ان هـذا المرض يندر جداً عنـد الحيوانات كأن جنابه يعتبر القيلة المائية التهاباً فى الخصية Orchite وليس نتيجة احتقان فقط كما هو رأى بعض الجراحين

اذن يفهم مما تقدم ان القيلة المـائية عبارة عن التهاب فى الطبقة الغمدية وعلى حسب موضع هذا الالتهاب يقال قيلة مائية عادية — قيلة مائية متكيسة للحبل المنوى — قيلة مائية لديو بترن — قيلة مائية لشاسنيك كما ذكر سابقاً ومن هـذا الالتهاب يتكون سائل التهابى ضعيف اوكثير حسب شدته وهو اما ان يمتص ويزول اذاكان الالتهاب خفيفاكما يحصل فى التهاب الخصية الناتج عن السيلان او الروماتزم فى بعض الاحيان واما ان يستمر فى الزيادة ويأخذ حجما عظيما

اذن ما سبب هذا الالتهاب ؟ اما اسباب مهيئة أو اسباب متممة كما هى الحالة فى جميع الالتهابات فاما الاسباب المهيئة فهى سن البلوغ نظراً لتأدية وظيفة الاعضاء التناسلية بكثرة او قلة وظيفتها ففى الحالة الاولى نظراً لتوارد كمية عظيمة من الدم نحو الاعضاء التناسلية كما يحصل عند الاشخاص المنهمكين فى الملذات وفى الحالة الثانيـة نظرا لقلة استعمال الاعضاء التناسلية وتحرق الحيوانات المنوية بالخصية والقناة الناقلة والحويصلة المنوية ففى كلا الحالتين يحصل تهيج فى هذه الاعضاء والاستعداد للالتهاب بأقل سبب كالمشى والوقوف والجلوس والرضوض الواقعة على الصفن وارتخائه وعدم وجود رافع له والاضطرابات الجسمانية التى تضعف الجسم الناتجة عن تأثير البرد أو التعب أو التغيرات المعدية والمعوية فهذه كلها اسباب مهيئة وتجعل الجسم مستعداً لوصول

الميكروب لهذه الاعضاء التناسلية الذى هو موجود بالاجزاء المجاورة لها كالتهاب الخصية والحبل المنوى الذى يعقب عمليات المثانة وتقيحاتها وأمراض البروستاتا والتهابها وأمراض المستقيم وتقرحاته وعملياته (كالبواسير والتشققات) والتى تكون كثيرة فى البلاد الحارة نظراً للامساك وعدم تأدية وظيفة الكبد فهى كلها أسباب مهيئة فالميكروبات الموجودة فى حالة سيرووفيت أو فى حالة نمو وموجودة فى الاجزاء المجاورة تنمو وتحصل منها التهابات كالالتهابات التى تحصل عقب الحيض من تأثير البرد أو التعب أو المشى الكثير ففى هذه الحالة يكون الرحم محتقنا احتقاناً فسيولوجيا بالحيض فالمشى أو التعب أو البرد تحدث اضطرابا فى البنية وضعفا فيها يكون سبباً فى نمو الميكروب الموجود فى المهبل أو الامعاء ووصوله للرحم أو أجزائه المجاورة ويحصل من تلك الالتهابات رحمه أو الاربطة العريضة

اما الاسباب المتممة فهى دخول الميكروب وهى تكون اما مباشرة Directe كما يحصل فى أمراض المثانة وعملياتها والبروستاتا وعملياتها (ويشاهد ذلك كثيراً فى الشق الفجائى المعمول فى عمليات المثانة وحصول التهاب فى الخصية والحبل المنوى) واما غير مباشرة Indirecte كما يحصل فى أمراض الاعضاء الخصوصية والمستقيم والامراض العفنة كالاوريون رالروماتزم ففى هذه الحالة يأتى الميكروب من الدم ويصيب النقطة الضعيفة المستعدة ويصيب الطبقة الغمدية للخصية أو للحبل المنوى كالاسباب السابقة . فمتى حصل الالتهاب بهذه الصفة اما أن يكون خفيفاً أو شديداً فاذا كان خفيفاً كما هو العادة فيكون لقح لبفى التهابى مصلى فى الطبقة الغمدية يزداد شيئا فشيئا وتنتج عنه القيلة المائية واما اذا كان شديداً فيحصل منه التقيح وهذا ما يشاهد فى بعض أحوال نادرة كما يحصل فى خراج الخصية أو الحبل المنوى وفى بعض الاحيان يزول الالتهاب بالكلية ويخفض السائل كذلك ولا يترك أثراً بالمرة كل ذلك نتيجة نوع الميكروب

المحدث للالتهاب وشدته مثلا كالالتهاب الناتج عن الجونوكوك الآتى من السيلان المصيب لمجرى البول والدوسنتاريا ففى غالب الاحيان يزول ولا يترك أثراً وبالعكس أما الميكروب الذى يحدث هـذا الالتهاب فليس له نوع خاص لانه من المعلوم أن الطبقة الغمدية للخصية والحبل المنوى هى غشاء مصلى تركيبه كالاغشية المصلية الاخرى كالبريتون والبلورة والتامور والسحايا والمفاصل. فالانسكابات الالتهابية التى تحصل فى هذه الاغشية هى نفس الاسباب التى تحدث انسكاب الطبقة الغمدية عند التهابها كالزهرى والدرن والسيلان والروماتزم والامراض العفنة الغمدية والرض الواقع على هذه الاجزاء ونظراً لتعرض الخصية والحبـل للرض اكثر من غيرها نظراً لسوء مصادمتها وقت المشى والركوب فتكون عرضة للانسكاب اكثر من الاجزاء الاخرى من الجسم وهذا يفسر لنا أيضاً قلة حصول القيلة المائيـة لديوبترن ولشاسيناك الذى منشأهما من الحوض (جزء الحبـل المنوى الموجود بالحوض) أما القول بأن الفلاريا هى السبب الحقيقى للقيلة المائيـة فى البلاد الحارة كما يقول جراحوا الغرب فلم يثبت أصلا كاتفاق آراء جراحى البلاد الحارة وأما الرأى القائل بأن القيلة المائيـة فى مصر نتيجة التهاب الحبل المنوى والتى نتيجته فى أغلب الاحوال النيوموكوك فهذا الرأى يدخل تحت أحد الاسباب التى تحدث القيلة المائية وليس هو السبب الوحيد لحصولها لانه فى بعض الاحوال أو فى أغلبها يكون الالتهاب قاصراً على الخصية فقط وغير مصيب للحبل — رأى الدكتور على بك لبيب أن رجة الصفن من الاسباب القوية لحصول القيلة

ورأى حضرة الدكتور السركى بك حكيمباشى اسبتالية الزقازيق — أن القيلة المائية تكون متيسرة فى البندر أقل منها فى القرى وأنها نتيجة الرضوض والصدمات والاحتكاكات وهى تشاهد عادة فى البلاد اكثر من القرى أو البلينوراجية وهى تشاهد بالاكثر فى المدن الكبيرة كالاسكندرية ومصر أو نتيجة البلهارسيا

وهى تشاهد بكثرة فى القرى الصغيرة وأن حضرته عند القيام بالعملية يشاهد فى أغلب الاحوال أن الطبقة سميكة مغطاة بنضح ليفى اذا كانت مزمنة او شفافة اذا كانت حديثة — ورأى الدكتور حسن بك كامل — ان وجود القيلة المائية بالبندر (طنطا) اكثر من القرى وعند وجوده بدمنهور مدة ١٦ سنة شاهد أن القيلة بالبندر اكثر من القرى

ومن أربعين سنة أو خمسين سنة فصاعدا كانت القيلة المائيـة كثيرة جداً فى مصر وفى جميع أنحاء القطر وكان أحد الحـكماء القدماء الموجودين بالقاهرة الدكتور على بك البقلى وهو جد حضرة الدكتور على بك البقـلى حكيم الاسنان الشهير بمصر كان اختصاصيا فى القيلة المائية فكان يركب دابته ويجد على طول الطريق أشخاصا مصابين بالقيلة المـائية وكان يقوم بالبزل النشيط فى المنازل وفى الدكاكين نظراً لـكثرتها كما أخبرنا بذلك أستاذنا الاعظم المرحوم درى باشا الجراح الشهير وكان فى ذاك الوقت العلاج الوحيد للقيلة هو البزل أو البزل الوحيد والحقن بصبغة يود ويقول درى باشا أن السراويل من أسباب القيلة المائية لتعرض الخصية والصفن للرض اكثر من جميع الملبوسات الاخرى

أما رأيى الخصوصى فان الملابس الواسعة والسراويل وتدلى الصفن وعدم رفعه واحتقاناته للاسباب المختلفة الشائعة فهى أسباب مهيئة والمهم هو دخول الميكروب كما سبق فى الشرح ولـكن الاكثر انتشاراً من هذه الاسباب المهيئة فى مصر والبلاد الشرقية كالهند وما أشبه أعنى البلاد الخالية من السكك الحديدية هو الرض الواقع على الأعضاء التناسلية الناتج عن الركوب لمسافات بعيدة على الدواب بجميع أنواعها فقبل الآن أى قبل وجود الترمواى والسكك الحديدية الاميرية والضيقة بمصر كان جميع المصريين سواء كانوا مستخدمين أو صناع أو فلاحين يتوجهون لاشغالهم على الدواب (الخيل والحمير والبغال والجمال) ويقطعون المسافات البعيدة جداً فى الحر والبرد من العباسية للقصر العينى ومصر

العتيقة والمنيل وما أشبه . وكالمسافات التى تقطع من بلد لاخرى فبالمصادمات المستمرة للصفن بين الجسم والجزء المقدم الصلب البارز من البردعة يحصل من جهة نظرا للاحتكاك المستمر للاعضاء التناسلية تنبيه فيها وتتوارد كمية عظيمة من الدم فى جهة هذه الاعضاء وهذه الحالة تجعلها عرضة لتمزق أوعيتها بأقل رض يحصل فمتى حصل هذا الرض بالمصادمات المستمرة وتهيأت أسباب الالتهاب السابقة (الميكروب) يحدث التهاب فى الخصية أو طبقتها الغمدية ومنه يحصل رشح التهابى محتوى على كمية من الكرات الحمراء وبالاعتناء بمنع أسباب الالتهاب ومضادات الالتهاب تزول الظواهر الالتهابية الحادة اعنى تزول الحمى والالم والانتفاخ الشديد واحمرار الجلد ويبقى فقط السائل المصلى الذى يتكون عن القيلة المائيـة وهذه النظرية تفسر لماذا نجد دائما الطبقة الغمدية الموجودة على الخصية هى التى تكون عرضة للقيلة المائية اكثر من الانواع الاخرى . وذلك نظراً لتعرضها للمصادمات اكثر من غيرها

اما الآن نظراً لوجود الترامواى والسكك الحديدية الضيقة وانتشارهما فى القرى الصغيرة فقدقات جداً القيلة المائية فيما مضى فلو عملت نسبة بين الاشخاص الذين يحضرون الآن بالعيادة الخارجية باسبتالية القصر العينى و بين المصابين الذين كانوا يحضرون مدة وجودى تلميذاً وحكيما ثانياً Interne وذلك فى سنة ٨٩ و ٩٠ و ٩١ افرنكية نجد فرقاً كبيراً جداً فانه فى هذا الوقت كنا نوقف المصابين بالقيلة المائية صفين وثلاثة صفوف لعمل البزل البسيط أو البزل والحقن بصبغة اليود وهو الذى كان مستعملا فى ذلك الوقت

اذن السبب فى انتشار القيلة المائية فى البلاد الشرقية كمصر والهند وجميع البلاد الاخرى الخالية من سهولة المواصلات هو كثرة استعمال الدواب فى كثير من الاحوال ولذلك تجد الاوربا و يين المولودين بمصر والذين عاشوا فى مصر طول حياتهم لم يصابوا بالقيلة المائية اكثر من غيرهم الموجودين فى البلاد الباردة

كما يقول جناب الدكتور مادن وكما نشاهد نحن أيضاً ذلك نظراً لعدم تعودهم على ركوب الدواب بمصر كالمصريين وليس نتيجة كثرة الجماع عند المصريين وقلته عند الاوروباويين كما يدعى البعض

ومما ذكر يفهم أن الاشخاص المعرضين للركوب أكثر والتى أشغالهم تعرضهم كثيراً لذلك هم الاشخاص المعرضون للقيلة المائية اكثر من غيرهم كالفلاحين وأصحاب الحرف التى تحتاج صناعتهم للركوب بكثرة لمسافات بعيدة وأما الاشخاص الغير معرضين للركوب والتى حياتهم جلوسية هادئة كالبرابرة والمتقدمين فى السن والاغنياء الذين يستعملون العربات والاوتوموبيلات فانهم أقل عرضة للقيلة المائية من غيرهم الا اذا كانت القيلة نتيجة أمراض أخرى

محاضرة

ألقاها عبد الله محمد يوسف الصيدلى أمام الجلسة العلمية العاشرة

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الطرق الحديثة لتشخيص عدم الكفاءة الكلوية

المقدمة

أرى أيها السادة قبل البدء فى موضوع محاضرتنا ضرورة التكلم باختصار عن بعض الصفات الطبيعية المميزة للتحاليل فيما له ارتباط بهذا الموضوع

المحاليل نوعان : حقيقية وكاذبة . فالحقيقية هى المكونة من مواد متبلورة ذابت فى سائل ذوباناً حقيقياً (أى ان جميع ذرات تلك المواد قد انفصلت فى تلك السوائل انفصالا تاماً عن بعضها لدرجة أنها تمر مع السوائل من الاغشية

اما الكاذبة وتسمى أيضاً الهولامية Solutions Colloidales فهى المكونة من مواد غير متبلورة وغير ذائبة ذوباناً حقيقياً فى سوائل بل أن ذراتها توجد فى تلك السوائل متماسكة مع بعضها ومعلقة فيها بتأثير كهربائى بعضها يحمل كهربائية موجبة والبعض الآخر يحمل كهربائية سالبة ولذلك لا تمر من الاغشية وقد أثبت ڤيدال Vidal هذه النظرية فى دراسة أعراض الأنافيلاكس Anaphiaxie كما أنه أثبت أن الجسم المائى فى الحيوانات هو من نوع المحاليل الهولامية أى المحاليل الكاذبة فاذا أخذنا مزيجاً مكوناً من محلولين من النوعين سالفى الذكر ووضعناه فى الوعاء الداخلى للجهاز المستعمل لفصل السوائل Dialyseur (وهو جهاز مكون من وعائين أحدهما مثبت داخل الآخر بينهما فراغ وقاع الاناء الداخلى غشاء من جلد مجهز أو من ورق الرق)

نلاحظ أن المحلول الحقيقى يمر كما هو من الغشاء الفاصل الى الوعاء الخارجى بينما المحلول الهولامى يبقى تقريباً كما هو فى الوعاء الداخلى أى أنه لا يمر من الغشاء . اما اذا أخذنا محلولين من النوع الاول (الحقيقى) مختلفى الجنس وكان عدد ذراتهما متساويا ووضعنا أحد هذين المحلولين فى الوعاء الداخلى للجهاز المستعمل لفصل السوائل والمحلول الآخر فى الوعاء الخارجى منه نجد أن ذرات المحلولين تتبادل مع بعضها مادة من الغشاء الفاصل بعدد ذرات متساوية من الطرفين فى آن واحد ولذلك يسمى مثل هذين المحلولين محلولان متكافئا التبادل

بعد هذا التمهيد يمكن القول بأن البول هو من نوع المحاليل الحقيقية انفصل من الجسم المائى للحيوان (وهو محلول أوهولامى) بواسطة غشاء الكلى

أتفق علماء الفسيولوجيا على أن الكلية لها وظيفتان الاولى وظيفة الكتيله والثانية وظيفة القنوات بعد ما اتضح للعلامة هيد نهين من التجارب التى أجراها على الطيور بعد ربط حلاباتها وتشريح الكلية ان السائل الموجود فى الكتيلة (Glomarule) هو محلول ملحى فقط وان السائل الموجود فى القنوات

هو محلول مركز من باقى المواد المكونه للبول

فمما تقدم يمكننا ان نتصور تكوين البول كأنه نتيجة لهاتين الوظيفتين أى أنه نتيجة لعمل الكتيلة والقنوات . لأن وظيفة الكتيلة شأنها فصل المياه مع جزء من كلورور الصوديوم الموجود فى الدم سواء كان بطريق الترشيح أو بطريقة الفصل بتبادل الذرات dialyse ووظيفة القنوات شأنها فصل المواد النوعية مثل البولينا والبولات والبورين من الدم

ويمكننا بطريقة بسيطة مقارنة الكلية بغشاء الجهاز الفاصل Septum dialyseur لمحاليل المواد المتبلورة Solutions crisallisables من المواد الهلامية Solutions colloidales فهى لذلك تفصل من الدم المواد السامة toxines مع المواد المتبلورة وتطردها الى البول وتحفظ فيه أى فى الدم جميع المواد الهلامية مثل المواد الزلالية وغيرها من المواد النافعة لتغذية أنسجة الجسم

فلو فرضنا حصول فتق فى غشاء الكلية فان الزلال يتسرب منه الى البول اما اذا فرضنا ان الغشاء سميك فان الذرات المتبلورة لا تمر منه بسهولة وتحتبس فى الدم . وهذا ما يسمونه بالتقصير الكلوى أو عدم الكفاءة الكلوية على القيام تماماً بوظيفتها

يتبين مما ذكر أن التقصير الكلوى هو نتيجة أحد أمرين

الاول — تسرب الجواهر الضرورية للدم (كالزلال مثلا من خلال الغشاء الى البول)

الثانى — احتباس الجواهر الضارة بالدم فيه بسبب سماكة الغشاء — وكما أن الكلية تعمل بطبيعتها على طرد ما يلزم طرده من الدم الى البول فانها تخير على ما يظهر ما يلزم حفظه فى الدم

وان لكل جوهر من هذه الجواهر المختلفة موضعاً خاصاً يتصرف منه وبما أن المواد المتبلورة تتصرف كما تقدم من مواضع متعددة وليس من

مكان واحد فان الامراض التى يتسبب عنها التقصير الكلوى تصيب الكلية فى مواضع مختلفة أيضاً ولذلك لا ينشأ من اصابة الكتيلة نفس التقصير الذى ينشأ من اصابة غشاء القنوات

فيستنتج من هذا أنه يجب النظر الى التقصير الكلوى من الاوجه الآتية :

(١) الزلال

(٢) التقصير الكلوى على العموم

(٣) التقصير الكلوى الكلورورى

(٤) التقصير الكلوى الآزوتى

أولا — الزلال

وجود الزلال فى البول سواء كان مصحوباً أو غير مصحوب بخلايات اسطوانيـة هو أبسط الاعراض فى أغلب التهابات الكلية ولذلك فانه كثيرا ما يستعين الاطباء على تشخيص الالتهابات الكلوية بوجود الزلال فى البول

وهذا ما حدى بهم الى البحث منذ شروعهم فى درس تلك الالتهابات على الفرق الذى بينها فى حالتى وجود الزلال بكيفية مستديمة أو متقطعة فى البول

وبناء على ذلك قسموها الى أمراض بول زلالية كلوية وهى خطرة دائماً ويستدل عليها بوجود الزلال فى البول بكيفية مستديمة كما قلنا . والى امراض بول زلالية وظيفية وهى التى يكون فيها الزلال بكيفية متقطعة .

ومن عهد قريب وجهوا اهتمامهم أكثر من ذى قبل الى التقصير الكلوى الذى يمكن ان يصحب البول الزلالى وهو التقصير الكلورورى أو الازوتى على أنه يوجد فى بعض الأحيان التهابات فى الكلى غير مصحوبة بالبول الزلالى كما هو معلوم

فمن بضع سنوات نشر العلامة ڤيدال مقالا بين فيه تحول الافكار الى هذه

الوجهة فقال وهو يتكلم على وجود الزلال فى البول ما يأتى :

ويظهر أن قيمة وجود الزلال فى البول أصبحت أقل أهمية الآن عما كانت عليه لأنه ولو دل وجود الزلال على حصول التهابات فى الكلى الا انه لا يدل أى دلالة على حقيقة قيمة الوظيفة الكلوية . وقد شوهد أيضاً ان بعض الالتهابات الكلوية المزمنة تنتهى بالوفاة فى وسط الأعراض التى تدل على التقصير الكلوى بصفة بينة واضحة ويكون البول الزلالى والخلايات الاسطوانية واهيـة لا أثر لها بالمرة

فيلزم أن نستنتج من ذلك أن البول الزلالى هو علامة على الاصابة بالتهاب كلوى على العموم ولكن تلك العلامة لا تمكننا من معرفة حالة وظيفة الكلى الحقيقية وتقدير خطورة المرض

ثانياً — التقصير الكلوى على العموم

توجد ثلاث وسائل لمعرفة التقصير الكلوى على العموم :

الاولى — الوسائل الميكانيكية أى التصريف الصناعى بواسطة أزرق الميثيل وبواسطة الفوشـين أو يودور البوتـاسيوم أو ساليسيلات الصوديوم أو كلورور الصوديوم أو بواسطة الحقن بالفلورزين لتكوين جليكوز فى الدم ووزنه بعد ذلك فى البول

الثانية — الوسائل الطبيعية مثل كثافة البول وتجمده بواسطة البرودة

الثالثـة — الوسائل الكيماوية مثل الخلاصـة الجافة ووزن مقادير عناصر البول

التصريف الصناعى

عملية التصريف الصناعى عبارة عن أدخال مقدار معلوم من جوهر كيماوى فى الجسم يمكن تمييزه بسهولة متى تصرف مع البول أو تحديد كميته فيه لكى يتيسر لنا بعد ذلك دراسة الكيفية التى يتصرف بها

ان فكرة العمل بهذه الطريقة ليست حديثة العهد بل فكروا فى ذلك منذ سنة ١٨٢٠ أى منذ لاحظ الدكتور هيهن أن لا أثر للرائحة البنفسجية فى بول مريض بالنقرس بعد تناوله التربنتينا . وفى نفس تلك السنة أعلن الدكتور راييه أنه لم يجد فى بول مريض مصاب بمرض برايت أكل هليونا . أثراً للرائحة الخاصة التى تتولد من أكل ذلك النبات فى بول الاصحاء

فمنذ ذلك العهد فكروا وفى دراسة الترشيح الكلوى بواسطة الجواهر الكيماوية بادخالها فى الجوف

فمن تلك الجواهر الملونات للبول . فى وقتنا الحاضر الملون الاكثر استعمالا هو أزرق المثيل الذى أشار باستعماله العلامة أشارد وكستانى سنة ١٨٩٧ والذى يستعمل بالطريقه الآتية :

يطلبون من المريض أن يتبول ثم يحقنونه تحت الجلد ٠٫٠٥ جرام من الازرق المذكور فى سنتيمتر مكعب من الماء ثم يأخذون بول المريض فى وعاء بعد نصف ساعة من الحقن ثم بعد مرور كل ساعة من الست ساعات الاولى وبعد ذلك كل ثلاث ساعات الى أن ينقطع اللون الازرق من البول

— بيان — وقد يحدث أن اللون يبقى كامناً فى البول أو غير ظاهر فيه . . فلاظهاره يجب أن يعرض البول للهواء مع رجه دفعات وربما يلزم أيضاً تسخينة وتحميضة باضافة شيء من حمض الاستيك عليه وحينئذ يتلون البول بالزرقة الخفيفة أو الخضرة الخفيفة

وعند الاصحاء يبتدئ تصريف أزرق المثيل بعد نصف ساعة ثم يزداد شيئاً فشيئاً وينقطع ظهور اللون الازرق بعد مضى ٣٦ ساعة أو ٤٠ ساعة

أما عند الاشخاص المصابين بأمراض الكلى فان ابتداء وانقطاع تصريف الملون يتأخران عن المواعيد المذكورة وسير تصريف أزرق المثيل كسير تصريف المواد الازوتية على العموم فاذا كان تصريف الازرق رديئاً فاننا

نشاهد احتباساً فى تصريف المواد الازوتية أيضاً

وليس الامر كذلك عند اجراء التجربة بواسطة الكلورور التى أشار بها الدكتور أشارد وهى أن يغذى الانسان باللبن لا غير مدة يومين أو ثلاثة و بعد ذلك يعطى له عشرة جرامات من ملح الطعام يومياً فالاصحاء يصرفون نفس تلك الكمية مع مقدار الملح الموجود فى كمية اللبن التى يتعاطونها يومياً ومتى انقطعوا عن تناول الملح انقطعت زيادته فى البول مرة واحدة بخلاف المرضى الذين تحبس كلاهم الملح فانهم لا يصرفون الكمية البادية الذكر فى يوم واحد كالاصحاء بل يصرفونها عدة أيام بزيادة تدريجية فى كمية المنصرف منها يومياً وفى الغالب يلاحظ زيادة فى وزن المريض

أما تجربة در البول السكرى الذى ينشأ من الحقن بالفلورزين فقد أشار بهـا الدكتور دلامار وأشار ، اللذان يسلمان بأن الكلية المريضة لا تستطيع تصريف السكر وقد ثبت ذلك بالتجربة غير أن هذه الوسيلة قد لا تجدى نفعاً لاسباب نذكر منها حالة الكبد . اذ من المعلوم أن الفلورزين مساعد لوظيفة الخلايا الكبدية على تكوين السكر فاذا كانت خلايا الكبد مريضة فان الفلورزين لا يحدث سكراً أو يحدث منه كميـة صغيرة ولذا يمكننا اعتبار الفلورزين كشافاً لكفاءة الخلايا الكبدية

وكيفية التجربة هى أن نحقن تحت الجلد خمسة مليجرامات من الفلورزين . ففى حالة الاذان الاعتيادية يبتدئ البول السكرى بعد نصف ساعة من الحقن وينقطع بعد ساعتين أو أربع . ومقدار السكر الذى يتصرف بهذه الطريقة يختلف ما بين (٥٠ و٠، ٥٠ و٢ جرام) أما اذا كانت الكلى مريضة فاننا لا نجد شيئاً من السكر فى البول أو نجد منه شيئاً يسيراً

اكثار البول الصناعى

لذلك نعطى المريض نصف لتر من المـاء فى وقت قصير فاذا كانت الـكلية مريضة فلا نجد زيادة فى حجم البول اما اذا . كانت سليمة فاننا نجد زيادة محسوسة فى حجمه

ويمكن الوقوف على كفاءة كل كلية على حدتها بتلقى البول من كل حلابة على حدتها

الوسائل الطبيعية

يمكننا أن نذكر من ضمن هذه الوسائل كثافة البول اذ أن كثافته تختلف فى حالة الصحة بين ١٥، و ١، ٢٠، و ١ — فهذه الـكثافة مع معرفه كمية البول المنصرفة فى مدة ٢٤ ساعة تدلنا على درجة تركيز المواد الذائبة فيه

ولـكن هـذه الطريقة لا تعطينا الا معلومات سطحية لا يمكن الاعتماد عليها لمعرفة كفاءة الـكلى وان طريقة تجلد البول بواسطة سقوط الحرارة Crioscopic أدل منها على الـكفاءة الـكلوية

ونعنى بالتجلد طريقة تجمد السوائل على درجة مخصوصة من البرودة التى اكتشفها راؤول وأسسها على القانون الآتى :

درجة تجمد كل محلول هو بنسبة عدد الذرات الذائبة فيه مهما كان نوع تلك الذرات

وقد فكروا انه باستخدام طريقة التجمد يتوصلون الى معرفة كفاءة الـكلية ولـكنهم أدركوا سريعاً أن هذه الوسيلة لا تفضل عن طريقة الاستدلال بواسطة كثافة البول

ولذلك بحثوا لتقوية طريقة التجمد الصناعى على مشاهدات اخرى

فمن ذلك أن كورانى حاول أن يستفيد من درجة انخفاض الحرارة فى التجمد بقسمته على مقدار وزن كلورور الصوديوم لكل ١٠٠ جرام من البول ولكن هذه القسمة التى جاء بها كورانى لم تعطنا بيانات دقيقة . وحينذاك التجأ كلود وبالتزار الى وضع قواعد جديدة كالآتى :

عملا بنظرية كورانى القائل بتبادل الذرات المتساوية العدد بين كلورور الصوديوم الآتية من الكتيلة . . وبين المواد النوعية للبول التى تنفصل من الدم بواسطة الغشاء المخاطى للقنوات فقدر المؤلفان المذكوران در الذرات الكلى ودر الذرات التى تنضجها القنوات بناء على القياسات الآتية :

من المعلوم انه للحصول على أى عدد من الذرات التى توجد فى ١٠٠ جزء من محلول مائى درجة برودة التجمد فيه (د) يستعملون القاعدة التالية $\text{ع} = \frac{\text{د}}{\text{١٨٫٥}}$ ففى كل سنتيمتر مكعب من المحلول يوجد $\frac{\text{٢}}{\text{١٨٥٠}}$ ذرة ولنفرض أن (د) هى درجة من ماية فينتج : ١٠٠ و $\times \frac{\text{د}}{\text{١٨٥٠}} = \frac{\text{د}}{\text{١٨٥٠٠٠}}$ ونحصل اذن على عدد الذرات التى يشتمل عليها سنتيمتر مكعب بضرب (د) فى عامل ثابت $\frac{\text{١}}{\text{١٨٥٠٠٠}}$ وهو عامل فى غاية الصغر — و بناء على ذلك يمكننا أن نقول مع كلود وبالتزاران عدد الذرات التى يحتوى عليها سنتيمتر مكعب من محلول مائى مركب كالبول يرمز له (١٠٠ د)

وليكن (م) هو مقدار البول فى ٢٤ ساعه و (و) وزن الانسان فينتج عندنا $\frac{\text{١٠٠ د م}}{\text{و}}$ وهو مقدار در الذرات الكلى ومعنى ذلك أن كل جرام من جسم الانسان ينفصل منه فى اليوم $\frac{\text{١٠٠ د م}}{\text{و}}$ ذرة . فلأجل الحصول على عدد الذرات الناجحة أى التى يفرزها جسم الانسان يلزمنا أن لا ننسى بأن ملح الطعام هو من المواد التى لا تفيد الجسم من حيث التغذية وان شأنه العمل على توازن الاملاح فى الجسم فقط وان كل كمية تزيد منه فى الجسم عن الحاجة تتصرف أولا فأولا . . فاذا طرحنا من در الذرات الكلى عدد ذرات كلورور

الصوديوم فان الباقى يدل على عدد الذرات الناضجة التى يفرزها الانسان

واذا كان البول محتوياً على (و) جرام فى المماية من كلورور الصوديوم فان هذا الملح يدخل عاملا فى الوزن بنسبة و × ٦١ ،٠ فاذا طرحنا هذا العامل من د الكبرى اعنى درجة سقوط الحرارة لتجمد جميع ذرات البول ينتج عندنا د صغرى وهى عبارة عن درجة تجمدباقى الذرات بعد خلوها من كلورور الصوديوم حينئذ يكون $\frac{\text{١٠٠ د صغيرة م}}{\text{و}}$ عبارة عن عدد الذرات الناجحة

وفى الحالة الطبيعية تتفاوت هـذه النسب مع بعضها

قدر الذرات الكلى يمكن أن يتراوح بين ٢٥٠٠ و ٤٠٠٠ ذرة فاذا نقص عن ٢٥٠٠ ذرة ويمكن نسبة ذلك النقص الى عدم الكفاءة الكلوية — وتكون حينئذ الذرات الناجحة ١٦٠٠ ذرة فى ٢٥٠٠ من الدر الكلى و٢٥٠٠ فى ٤٠٠٠ من الدر الكلى : أما معدل التبادل الذرى فقد حسب كلود وبالتزار النهايات العظمى التى يمكن أن يبلغها بالنسبة الى الدر الكلى فوجدا أن النهاية العظمى ل د الصغرى هى ١٫٥٠ فى ٢٥٠٠ من الدر الكلى وانه يرتفع وينخفض بقدر ٠٫١٠ كل مرة ارتفع أو انخفض فيها الدر الكلى بمقدار ٥٠٠ ذرة

ثم ذكرا لنا أنه متى علم لدينا قيمة $\frac{\text{د}}{\text{م}}$ فان قيمة $\frac{\text{٢}}{\text{دالصغرى}}$ تزيد عن النهاية العظمى المقابلة لها وهـذا من الادلة على وجود تقصير كلوى وبالعكس اذا انقصت قيمة $\frac{\text{د}}{\text{دالصغرى}}$ عن النهاية المذكورة فان التعريف الكلوى يكون تاماً

ثم أن كل زيادة فى در الذرات الكلى هو علامة على اجهاد الكتيلة تحت تأثير الضغط الشريانى . أو زيادة سرعة الدورة الدموية

اما نقص الدر الكلى فعلامة على نقص ترشيح الكتيلة الذى يرى فى الكلوى المزمن فى حالة التقصير الكلورورى المصحوب بالاوزيمة . . وفى حالة الالتهاب عدم الكفاءة الكلوية للمواد الازوتية

ويلاحظ أيضاً انخفاض الدر الكلوى فى حالة ضعف الضغط الدموى . .

الذى كثيراً ما يصحب أمراض القلب غير أنه فى الالتهابات الكلوية يكون نقص الدر الكلى مصحوباً غالباً بتقصير كلوي آزوتى . . و يدل عليه انخفاض معدل در الذرات الناضجة بالنسبة للدر الكلى . . و يدل عليه ارتفاع معدل التبادل الذرى

اما انخفاض الدر الكلى فى حالات أمراض القلب فلا يكون مصحوباً بانخفاض معدل الذرات الناضجة ولكن يمكننا فى حالة التهاب الكلى أن نشاهد مع احتباس الكلورور هبوطاً فى قيمة د/ص مصحوباً بمقدار ضعيف فى د/الصغرى

وهنا يلزمنا أن لا ننسى أن در الذرات الناضجة يحسب بعد أن يطرح من د قيمة انخفاض الحرارة الناشىء من كلورور البول وهو ضعيف لأنه لا يتصرف الا بمقدار يسير

و بناء على ذلك نجد فى انخفاض معدل كلورور المنصرف فى ٢٤ ساعة وفى ارتفاع مقدار الذرات الناضجة الفارق بين الالتهابات الكلوية المصحوبة بالاوزيمة و بين الامراض القلبية

الخلاصة أنه لتقدير قيمة طريقة التجمد بانخفاض درجة الحرارة يلزمنا دائما أن نقارن بين النسب الثلاثة المذكورة مع ملاحظة كمية كلورور الصوديوم المنصرفة فى الاربعة وعشرين ساعة — و ينتج من هذه المقارنة ثلاث حالات

الحالة الاولى

فى الامراض القلبية يكون الكلورور اعتيادياً أو منخفضاً قليلا ومقدار النسبة منخفضاً أيضاً

الحالة الثانية

فى حال الالتهابات الكلوية المصحوبة بتقصير آزوتى يكون مقدار

الـكلورور اعتيادياً . ودر الذرات الـكلى منخفضاً . وكذلك در الذرات الناضجة بينما يكون معدل التبادل مرتفعاً

الحالة الثالثة

فى الالتهابات الـكلوية المصحوبة بالتقصير الـكلوروري يكون مقدار الـكلورور بالطبع منخفضاً وكذلك در الذرات الـكلى ومعدل التبادل منخفضين الادر الذرات الناضجة فانه يكون مرتفعاً

وأخيراً نقول أن أصعب حالة هى التى يكون فيها احتباس الـكلورور مصحوباً باحتباس الآذوت

ولنضف على ما تقدم ما ذكره كلود وبالتزار من أنه متى استمر معدل الذرات الناضجة عدة أيام تحت الخمساية فذلك دليل على خطورة الحالة

الوسائل الـكيماوية

التى تستعمل للأستدلال على الـكفاءة الـكلوية على العموم

— أولا —

وزن الخلاصة الجافة التى تكون فى حالة عدم الـكفاءة أقل من معدلها الاعتيادى (٤٦ الى ٥٦ فى ٢٤ ساعة) ولـكن هـذه الارقام لا تعطينا (كما لم تعطنا كثافة البول) الا بيانات غامضة

— ثانياً —

وزن الرماد : وهو ضعيف لا سيما فى حالة التقصير الـكلوروري

— ثالثاً —

وزن العناصر المكونة للبول : وهى على وجه العموم منخفضة سواء

بالنسبة الى حجم البول فى الاربع وعشرين ساعة أو بنسبة ١٠٠ جرام من الخلاصة الجافة أو بنسبةماية من الآزوت الكلى

ثالثاً التقصير الكلوى الكلوروري

يعرف هذا التقصير ؟

أولا — من أن المريض يصرف مع البول من كلورور الصوديوم أقل مما يتناوله

ثانياً — أن ينقص وزن رماد البول عن المعتاد

ثالثاً — ان يهبط معدل الكلورور فى ماية جرام من الخلاصة الجافة عن المعتاد الذى هو من ١٥ الى ١٨ فى ٢٤ ساعة

رابعاً — ان يمتص در الذرات الكلى حتى يقرب عدد ذراته من عدد الذرات الناضجة بحيث يحدث من ذلك انخفاض معدل التبادل الذرى

خامساً — ان نرى من تجربة تصريف الكلوروى الصناعى ان المريض لا يعرف مقدار العشرة جرامات الملح التى تعطى له يوميا وان زنته المريض مدة التجربة ترتفع غالبا

فمن الضرورى اذن فى هذه الحالة أن يكون الطبيب على علم تام بكمية الكلورور التى يتناولها المريض اذ ان عمل التحليل لا بد له على معدل الكلورور الذى يتناوله المريض فى الغذاء

وتتولد الازيمة من الاصابة باحتباس الكلورور كما حققة اشاردولوبير وفيدال وغيرهم وقد اثبتوا ذلك بالبرهان الآتى :

اذا لم ينصرف الكلورور من طريق آخر غير طريق التبول بسد مسده (كالبصق والقىء والاسهال) فانه يتركز فى الدم وحينئذ يشعر الجسم باحتياجه الى كمية كبيرة من الماء لكى تتوازن السوائل فى الجسم لتبادل الزرات . فهذه الكمية تترشح فى الانسجة وتتولد الاوزيمة عن ذلك كما قدمنا

رابعاً التقصير الكلوى الآزوتى

يعرف هذا التقصير من الكلى بأى نقص يحدث فى مقدار البولينا اليومى أى فى مدة ٢٤ ساعة مع العلم أن مقدارها العادى هو من ٢٠ الى ٢٥ جرام فى بول اليوم الواحد

وفى حالة فحص التقصير الكلوى البولينى لا تدخل كيفية تغـذية المريض ضمن العوامل التى يستدل بها على معرفة تقصير الكلى البولينى بصفة مباشرة تماماً بخلاف دخولها فى تقدير التقصير الكلورورى

وفى الواقع اذا كان المريض يتناول غذآءه الاعتيادى فانه يتناول بهـذه الكيفية ماية جرام تقريباً من الزلال تعطى من ٢٠ الى ٢٥ جرام بولينا واذا كان المريض يتغذى باللبن وحده فان لترى اللبن اللذين يتناولهما يحتويان على ١٠٠ أو ١٢٠ من الكازبين (أى زلال اللبن) تعطى كذلك من ٢٠ الى ٢٥ جرام بولينا

بيان — فى حالة الاضمحلال تنصرف أيضاً من الجسم كمية عادية من البولينا غير أن هذه البولينا هى نتيجة انعدام خلايات الجسم نفسه اذ أن كل نقص محسوس فى البولينا يكون دليلا على احتباس الآزوت

هـذا ولا يفوتنا أن انخفاض معدل البولينا قد ينشأ من مرض فى الكبد

وتتولد البولينا من الزلال بتوالى عدة انقسامات فى الذرات الزلالية وانه قبل نهاية انقسام الذرات الزلالية الى بولينا تتحول الذرات الى أملاح نشادرية وهذه الاملاح تتحول الى بولينا تصرف مع البول حيث أن البولينا هى نهاية انقسام الذرة الزلالية

فاذا كانت الخلية الكبدية مريضة يترتب على ذلك نقص فى معدل البولينا وزيادة فى فضلات الاملاح النشادرية التى يتبولها المريض ونشاهد فى هـذه

الحالة أن معدل الآزوت البولينى فى مائة من الآزوت الكلى (عامل مشترك) (آزوتوريك)

وفى بعض الاحيان يكون انخفاضه عظيما . ومعدل الآزوت النشادرى فى الوقت نفسه فى مائة من الآزوت الكلى يرتفع عن عادته ومن هنا نعرف سبب انخفاض العامل المشترك الآزوتوريكى وهـذه الحالة تدلنا على وجود تقصير كبدى حتما

صحيح اننا نشاهد فى بعض الالتهابات الكلوية نفس ذلك الانحطاط فى معدل البولينا مدة أربع وعشرين ساعة ولكن بدون زيادة فى معدل الاملاح النشادرية وفى هـذه الحالة يكون هناك احتباس يصحبه فى الغالب نفس ذلك الانخفاض السالف الذكر فى معدل العامل المشترك الآزوتوريكى

غير أن انخفاض هذا العامل يحتمل أن يكون ناشئاً من زيادة جسم آزوتى آخر خلاف الاملاح النشادرية

فمجموع هذه الاعراض المرضية التى لا تخفى أهميتها الكبرى يدل على تركز البولينا فى الدم على درجات مختلفة وقد عرفت هذه الحالة منذ سنة ١٨٣٠ ولكنهم لم يعطوها الاهمية اللازمة لاعتبارهم أن البولينا ليست من المسممات الى ان جاء فيدال وجافال . فتبين من ابحاثهما أهمية التقصير الازوتى — وكيفية التمييز بين الاصابات باحتباس الكلورور والاحتباسات الآزوتية التى تغايرها بالكلية

اما من جهة تشخيص المرض فمن الممكن الاشتباه فى أصل الاحتباس فى الغالب فاحتباس الكلورور تتولد عنه الاوزيمة ولكن احتباس البولينا يكون عادة بدونها و بينما لا تكون قلة الكلورور دليلا على فرط الخطر فان قلة الآزوت سواء صحبتها قلة الكلورور . أولا فانها من الدلائل الرهيبة وقد علق فيدال على ذلك أهمية كبرى فقال أنه يفضل الوقوف على مقدار البولينا فى الدم عن بحث الزلال فى البول عند المصابين بالالتهاب الكلوى

ومن المحتمل جداً أن لا تكون البولينا سببا فى التسممات الخطرة ولكن من المحقق أنها نذير احتباس المواد السامة فى الدم

ومثل ذلك وجود حمض الدياستيك فى البول فانه يدل على الكوما عند المصابين بالبول السكرى

فيلزم وزن كمية البولينا فى المصل أو فى سائل النخاع الشوكى (والنتيجة واحدة فى كلتا الحالتين تقريباً) ففى المصل يحصل الوزن بعد فصل الزلال وباستخدام عشرة سنتيمتر مكعب من المصل

وفى الحالة الاعتيادية يحتوى كل من هذين السائلين على ٢٠ر٠ الى ٥٠ر٠ من البولينا فى الالف وفى حالة الاحتباسات قد تبلغ كمية البولينا الى خمسة جرامات ولكن بصفة استثنائية اذ يكفى أن تبلغ ٣ أو ٥ر٣ للدلالة على الخطر وها هى الارقام الدالة على نقص الازوت كما ذكره فيدال متى تراوح هذا المعدل بين ٥٠ر٠ جرام وبين جرام واحد فالخطر لم يقرب بعد وان تراوح بين جرام وجرامين فلا يعيش المريض أكثر من سنة الا فى النادر وتراوحه بين جرامين وثلاثة دليل على دنو الاجل

أما زيادة المعدل عن ثلاثة جرامات فلا نشاهده الا فى أدوار المرض الاخيرة

ولم يكتفوا بوزن البولينا فى المصل ووزنها فى البول بل قارنوا بين هذين العاملين وهذه المقارنة هى التى دعت امبار الى وضع معادلته فانه بعد أن درس النسب عند الاصحاء بين ترشيح البولينا من خلال الكلية وبين بقائها فى الدم توصل الى النتيجة الآتية

عند ما يتراوح تركز البولينا فى الدم ويتراوح أيضاً فى البول فان كمية البولينا التى تنصرف تختلف بنسبة تربيع تركيز البولينا فى الدم بنسبة مطردة وبنسبة الجذر التربيعى لتركيز البولينا فى البول نسبة منعكسة

وعملا بهذا القانون وضع أمبار قاعدته مع ادخال وزن المريض عاملا فيها

مراعيا أن نسبة الشخص الذى يزن ٧٠ كيلوجراما يكون تركيز البولينا عنده ٢٥ جرام فى الالف وفى الواقع لو جعلنا (ب م) رمزاً على كمية البولينا التى يشتمل عليها البول فى مدة ٢٤ ساعة و (ب ا) رمزاً على كمية البولينا الموجودة فى الف جرام من البول و (و) رمزاً لوزن المريض لحدث عندنا القانون الآتى الذى نحصل به على نتيجة معادلة امبار وهو

$$ن = \frac{ب م}{\sqrt{ب ب} \times \sqrt{\frac{٧٠}{و}} \times \sqrt{\frac{ب ا}{٢٥}}}$$

ففى الحالة الاعتيادية ن = ٠٦ر٠ الى ٠٩ر٠ وبقدر ما تزيد هذه النتيجة يزيد التقصير الكلوى الآزوتى

ولم يشاهد للآن فى الحالة الخطرة أكثر من ٥٠ر١

ولامكان وضع هذه المعادلة الهامة يلزم أخذ الدم بشروط مخصوصة فللتوصل الى ذلك تفرغ المثانة مع التأشير عن الساعة بالضبط ثم توضع ابرة فى أحد الأوردة ويؤخذ ٤٠ أو ٥٠ جرام من الدم لاستخدامها فى تقدير كمية البولينا فى الف جرام من المصل ثم يعاد تفريغ المثانة بعد مضى مدة قصيرة ويؤشر كذلك عن الساعة بالضبط كما يؤشر عن حجم البول ثم تقدر كمية البولينا فى الاربعة وعشرين ساعة

« انحباس حمض البوليك وكذلك أملاح أكسلات الجير » . يمكننا اعتبار انحباس هذه الاجسام وتراكمها سواء فى الدم أو فى الكلية نتيجة تقصير كلوى لعدم مرور الاجسام — المذكورة فى القنوات الكلوية — ويمكن معرفة نوع هذا التقصير الكلوى بوزن حمض البوليك فى الدم

وأخيراً نقول أنه لمعرفة جلية وظيفة الكلية الواحدة أو الكليتين معاً يلزم أن نحلل البول تحليلا كاملا ووزن البولينا والكلورور اللذين لهما — المكان الاول مع معرفة العامل المشترك الأزوتى ومعرفة نتيجة — معادلة

امبار وفصل البول من الحلابات بواسطة القساطير المخصصة لذلك لنتمكن من معرفة كفاءة كل كلية على حدتها

الامراض السرية والزواج

للدكتور سعاله بطرس نجار

أصبحت الأمراض السرية وآاسفاه من آفات بعض الشباب وقد خصت السنوات الأخيرة بازدياد عدد المصابين الذين لا يشعرون بخجل من الأصابة بل يعتبرونها كأنها من علامات التمدين كما قال البعض Civilisation with Syhilisation وان أصابة أو أكثر بالزهرى أو السيلان ضربة لازب لكل شاب يعرف معنى الحياة وينغمس فى بؤرة الضلال. وليس هنا المجال لذكر تاريخ الأمراض السرية وكيفية وزمن دخولها للقطر المصرى من ثغوره وحدوده وبواسطة العابرين اليه بل الغرض منه التحذير لأن هذه الأمراض ولو أنها سرية ألا أن ضررها لا ينحصر فى المصابين فقط بل يتعداهم الى اخوانهم وأقربائهم وأزواجهم وكل محتك بهم. والأطباء أكثر من غيرهم يعلمون حق العلم حالات الاصابات البريئة وهى اصابات أشخاص نتيجة تعاملهم وأكلهم وشربهم مع مصابين بالزهرى والسيلان. فهؤلاء المصابون الأبرياء يعتبرون ضحية لمن تسبب فى اصابتهم ولو كان المصاب ذا ضمير حى وشعور شريف ومحبة أخوية لنبأهم بمرضه ولحجز نفسه عن الاحتكاك بهم فأنجاهم من العدوى. ولكن ما الحيلة وقد عدم فى معظم الأحيان الضمير الحى لأنه ليس من المعقول أن الشخص الذى لا يخاف على نفسه من العدوى بلعقه فى اناء غير نظيف يخاف على غيره فيشعر بدناءته أنه يجب اصابة غيره كما أصيب هو

الى هؤلاء الشبان الذين يسقطون عن مستوى العفة و يقعون فى شرك مرض سرى أوجه هذه الكلمة حتى يحاسبوا ضمائرهم ولا يوقعوا غيرهم معهم فى شرك

هذه المصائب وأنبه على الخصوص أولئك الذين يفكرون فى الزواج الشريف بعد أن يمرحوا فى وادى نزق الشباب وطيشه مدة طويلة . فالزواج هو رابطة شرعية شريفة تجمع بين الجنسين لاحياء النسل وتربط الطرفين برباط متين حتى يتقاسما السراء والضراء . وكلما يخدش شرف أحدهما يصم الآخر فامام هذه الرابطة القوية يجب أن يقدم الشخص على الزواج بكل حذر ويقين حتى لا يكون علة مرض لزوجته وسبب شقاء لها وهى بريئة مما أصابها ولا يسبب خسارة مادية وأدبية باقدامه . والعلاج الوحيد الذى أراه والنصيحة الذهبية التى أقدمها لكل شاب يزمع و يعزم على الزواج . هذه النصيحة التى تبرئه من كل مسئولية وتريح ضميره من الوساوس الشيطانية هى أن يعرض نفسه على طبيب قبل عقده الزواج ليرى هل اصاباته القديمة من الامراض السرية قد شفيت أم لايزال أثرها باقيا . ويكون الفحص مستوفياً وتأثيره فعالا . فان كان الأول أقدم على الزواج بقدم ثابتة وضمير مستريح . وان كان الثانى طلب العلاج حتى يتم الشفاء فيكون اذ ذاك قد احتاط لنفسه ولزوجته وما أتعس زوجة وماأشتد خجل زوج ثبت لديهما أن المرض نتيجة عدوى من الاخير

ولقد اهتمت مصلحة أقسام الحدود بعساكرها البوليس والهجانة الموزعين فى دوائر اختصاصها وجهاتها والذين يصابون بالزهرى فى مدة خدمتهم فعملت لهم أوامر وأرانيك مخصوصة تحفظ فى دوسيه خدمتهم وقوانين لمعالجتهم فى أقرب مستشفى أو مكتب صحة فى دائرتها أو تابع لمصلحة الصحة العمومية بحيث تكون المعالجة مستوفاة وشافية حتى يستطاع التصريح لهم بالزواج وحسنا فعلت رحمة بهم ومنعا لنقلهم عدوى الزهرى لنسائهم وأولادهم

وقد اطلعت على مقالة بهـذا الخصوص فى مجلة البراكتشنر فآثرت نقلها للفائدة . اذ قال هويت White أن مسئلة الزوجية فى حالة الزهرى لا تتوقف مع الأسف على الاسس العلمية بل تتعداها الى الشك والخوف اذ يحصل أحياناً

أن رجلا اصيب بالزهرى وشفى شفاء تاماً حسب التشخيص العلمى الفنى بحيث لا يخشى من عدواه لزوجته و ذريته فان رابطته بمن أحبها وعاهدها أو كاشفها أمر الزواج قد تحل لتنحى أهلها عن زواجها به خوفاً عليها

والذى أراه أن معالجة هـذا المبدأ Altruistie خارج عن حدود وحكم الطبيب واذا شددنا فى عمل قانون عام له فلربما تكون العاقبة أوخم مما هى عليه الآن . ولقد مرت على حالات رجال ونساء أقفل فى وجوههم باب الزواج لمجرد عدوى الشفتين من قبلة بريئة أو قدح ملوث بتريبانوما المرض . ويجب فى هذه الحالة أن يكون موقفنا بيناً وواجبنا ظاهراً فاذا ألقى السؤال متى يصح لشخص كان مصاباً بالزهرى أن يتزوج فليكن جوابنا متينا على النتيجة الحقيقية التى نراها من اجتماع الزوجين حسب ما توصلت اليه علومنا ومعارفنا لأن المصيبة الناتجة عن غلط فى الرأى قد تكون كبيرة ومحزنة تجعلنا على حذر دائماً من متابعة الابحاث الحديثة فى هذا المرض وفى مضاعفاته وعلاجاته . لأن معرفتنا للعلاج الحالى حديثة العهد واختباراتنا الشخصية محصورة قد لا نستطيع معها التأكيد فى بعض نقطه الهامة . نعم أن الأرسينو بنزين يمنع ظهور العلامات الابتدائية للزهرى الوراثى منعاً باتاً فيوقف آلام الاذن والعين والعظام وهى نذر الزهرى الوراثى Lues Paide . ولـكن من منا يجرأ على الجزم بأن بعض المصائب الشخصية كالشلل العام Locomotor Ataxia أو غيرها من نتائج الزهرى القديم كآفات الاعصاب والشرايين والعظام والاوعية يستطاع منعها بعلاجاتنا الحديثة ولا غرابة فان بعض الاطباء يصرحون أن وسائط العلاج الحديث بقوتها الظاهرة فى شفاء الاعراض قد توجد شعوراً وهمياً بالشفاء وتزيد هذه الآفات ولداعى هذا الرأى الفاسد نرى ازديادا فى عدد المرضى الخصوصيين والعموميين الذين يتركون العلاج قبل اتمامه . وقد قال ماكدوناج أن نكسات الحالات الزهرية ازدادت أضعافاً بعد ادخال العلاج ب ٦٠٦ ، ٩١٤ فاذا كان الأمر

كذلك فما هى الفوائد العائدة على المصاب من قبول العلاج بهذه الادوية المشاعة بين الجمهور والمصدق عليها من المعاهد والحكومات . وما هو حد الشفاء أو التحسين الذى نعتقده نحن الأطباء . وهل نستطيع تحديد الوقت الذى فيه يستطيع المصاب أن يزاول حياته الاجتماعية ووظيفته الزوجية ؟ أجل اننى أستطيع التأكيد أن الارسينو بنزين بخلاف هذه النقط السابقة سلاح قوى فى يدنا لايقاف ظهور العوارض والعلامات وقتل تريبانوما المرض ومساعدة الحبالى على ولادة أطفال خالين من ادرانه . وللبرهان على ذلك يمكن القول بأن ١٠ — ٩٥ ٪ من حالات الدرجة الاولى شفيت أما فى الدرجة الثانية متى كان فحص الدم بطريقة وآسرمان ايجابيا فان نسبة الشفاء تقل الى ٥٠ ٪ وكلما تأخر العلاج كلما قل الأمل فى الشفاء التام لحين ما يتقدم المرض وتظهر الحلزونات فى سائل النخاع الشوكى فان الشفاء التام مشكوك فيه فمن هذه البيانات نرى أن ٥ ٪ من مرض الدرجة الاولى ومعظم مرض الدرجة الثانية والثالثة لا يسعدهم الحظ بالشفاء التام ولا يمكن وعدهم وعدا صريحاً بشفائهم وعدم رجوع الاعراض الزهرية اليهم . ويعتبر هيكت الذى كتب فى هذا الموضوع فى السنة الماضية أن العلاج بثلاث جرامات جنوسلفرسان و ٧٥ سنتى من الزئبق الحلو مقسمة جميعها الى خمسة عشر جرعة شاف شفاء تاماً من الزهرى الحديث واذا ظهر مع القرحة الزهرية ايجاباً فى فحص الدم بطريقة واسرمان فيتكرر هذا العلاج دفعتين وهى تكفى للشفاء وفى كلتا الحالتين فلا بد من الانتظار بعد العلاج لمدة سنتين فان لم تحصل نكسة فيصرح للمصاب بالزواج وفى حالة ما اذا عادت القرحة وظهرت فى الرجل فمن المؤكد عدم سلامة زوجته وأولاده من المرض وزيادة على ذلك فمهما ساعدت الظروف مع العلاج على بقاء نتيجة فحص الدم سلبية فلا يمكن تعيين الشخص الذى يبقى دمه سليما وشفاؤه تاما بعد ايقاف العلاج وبهذه الاسباب يرى بعض الاخصائيين المعدل

على أقوالهم ابقاء الشخص تحت الاختبار والملاحظة لمدة أربع الى سبع سنين بعد انتهاء علاجه ثم يمكن اعطاء قول قاطع بشفائه . اذ بعد السبع سنين اذا استثنينا حالات قليلة يأخذ المرض بعد العلاج أو بدونه فى الدخول فى الدرجة الرابعة (ان صحت التسمية) وتصبح آثار القرحات غير معدية

ولكن طالما دل الاختبار على أن العلاجات الزرنيخية والزئبقية التى بين أيدينا الآن والتى يمكن اعطاؤها مرات متعددة تستطيع ايقاف تيار العدوى واخفاء القرح الجلدية والغشائية المخاطية . فلم نلق آمالنا على خيط الانتظار المضر هذه المدة الطويلة بدون علاج ؟ ولم لا نحقن ونكرر العلاج حتى نجعل الميكروب تحت تأثير الدواء القاتل مدة طويلة فنكسب المدة ونبرىء الشخص ونعطى له الفرصة الملائمة للزواج ؟

هـذا ويوجد طريقان يمكن للمصاب أن ينقل بهما المرض لاطفاله الاول بعدواه المباشرة لزوجته والثانى بواسطة السائل المنوى . واذا قبلنا القول بأن الاستمرار على العلاج القانونى ينتج ايقاف ظهور القرح الخارجية وعدم رجوعها واذا تحققنا بأن المريض سيخضع لهذا القانون فى العلاج ويستمر عليه وان العلاجات الزرنيخية الطويلة لا تسبب ضرراً مباشراً . اذا تحققنا كل هذا جاز لنا أن نصرح بالزواج بعد الشفاء من كل العلامات الظاهرية . اما من خصوص نظرية الطريق الثانى للعدوى فان أفكار الخبراء تختلف ولذا كان من المفيد أن نذكر ما فى جانب هذه النظرية وما هو ضدها . فمما يعزز نظرية العدوى بطريق السائل المنوى

(١) ان الاوعيـة الليمفاوية فى الخصيتين تصاب مبدئياً بعدوى الزهرى وقد عزل « أنجمان وايبرسن » تريبانوما من السائل المنوى فى حالتين ووجد « بينارد وهوك » ثلاث عينات تحوى الميكروب من احدى عشر حالة وقد حقن « فنخر ولاندستينر » قرود بسائل منوى معدى فأصابها الزهرى

(٢) ويظهر أن التريبانوما تحمل لبويضة المرأة بواسطة الحيوان المقوى الملقح ويقال أنه فى بعض الاحيان تتحلل التريبانوما الى حبيبات صغيرة

(٣) وقد ظهر أن ٣٠ ٪ من النساء اللاتى اصيبن بالزهرى مدة الحمل لم تظهر عليهن القرح الاولية للزهرى ولذا تأكد أن أول عدوى تظهر فى البويضة الملقحة ومنها تنتقل العدوى لهن

(٤) اذا اصيبت المرأة بالعدوى أثناء الحمل فان الاعراض عادة تكون ضعيفة ولو أن فحص الدم بطريقة واسرمان تكون عادة ايجابية . والاعراض الثانوية نادرة وقد تظهر الاعراض الثلاثية بعد سنين من الحمل وتكون أول اشعار بوجود الزهرى فى الوالدة

(٥) وصفة الاعراض فى الام اذا أصيبت وقت الجماع كما يقول هاتشنسون ترجع لكون الأم تأخذ العدوى من دم الجنين الذى تخف فيه قوة عدوى الميكروب بسرعة

وما ضد هذه النظريات المتقدمة بترتيبها هوما يأتى :

(١) ان كثيراً من الخبراء لم يتوفقوا لايجاد التريبانوما فى السائل المنوى بأى حال من الاحوال

(٢) السبير وكيت البالغة أكبر من أن تدخل رأس الحيوان المنوى وظهر من التجارب أن جميع الخلايا وهى فى دور التقسيم ترفض الدخول فيها لأى جسم خارجى أجنبى والا تموت لأن من المعقول أن ميكروبا شديداً فى تأثيره ومرضه كالتريبانوما كفيل بأن يميت حيويا صغيرا كالسبرماتوزوا أو البويضة . واذا قيل أن التريبانوما داخل حاملها وهو السبرماتوزوا تكون بشكل آخر كالخلية الجرثومية Spore فأن رأى الأغلبية لا يتفق مع هذا الرأى وكانت التريبانوما حين وجدها

بينارد خالصة منفردة فى السائل المنوى واذا كان هذا السائل يحوى الميكروب أفلا يجب أنه يعدى المهبل وعنق الرحم والرحم أو البريتون أثناء سيره لمقابلة البويضة . ومن المعتاد أن المرأة اذا حملت من زوج مصاب بالزهرى ولم تصب هى نفسها بالعدوى فان طفلها يولد سليما . وتفاعل واسرمان لفحص الدم عادة سلبي فى المرأة المصابة بالزهرى والحبلى مالم تحصل العدوى أثناء مدة الحمل وأطفالها عادة يولدون سليمين ما لم تحصل العدوى أيضا مدة الحمل

(٣) ومن جهة اخرى خارجة عن العدوى بالزهرى أثناء مدة الحمل فقد تحصل العدوى فى الكثيرات ٣٥ فى ٪ قبل الحمل ولا يلتفت للاصابة الاولى

(٤) وخفة الاعراض فى الأم ترجع لكون معظم الرجال لا يلتصقون بنسائهم فى الدور الاول الشديد للمرض أو يكن غالباً متألمات وتحت العلاج

(٥) يصعب قبول نظرية عدوى الأم من دم جنينها لأن الحقنة الوريدية من الميكروب لا تسبب المرض ويظهر أن الطريق المهم فى التوزيع والعدوى هو القنايات الليمفاويه

فاذا قارنا هذه النظريات المعززة والمضادة نجد أن عدوى البيضة من الزوج ممكنة لكن البرهان ضعيف لا سيما اذا كان الزوج لا يزال تحت العلاج الشافى فان العدوى قد تكون مستحيلة . والطفل الزهرى لا يمكن أن يولد من أم سليمة وكذا الطفل الزهرى لا يعدى أمه (قانون كولس) لا ولا الأم الزهرية تعدى طفلها السليم (قانون بروفيتا) لأن كلاهما منغمسان مبدئياً . وقد ازداد الآن عدد الثقات الذين يرون استحالة عدوى الأم من طفلها بواسطة المشيمة

وهم يعتقدون أن الجنين يصاب بالزهرى من الأم وأنها هى تصاب به بالطريق المعتاد قبل الحمل أو أثنائه

نعم أن الأب ينقل العدوى بالسل مباشرة للبيضة التى يلقحها بمنيه و يقال بالمثل عن التريبانوما وقد يعترضنا سؤال يصعب الرد عليه من امرأة مريضة تريد الزواج أو من متزوجة وهو متى يؤمن الحمل وولادة طفل سليم فهل نرتكز على أساس علمى متين للرد على أساس هذا السؤال فقد يحصل أن نساء مريضات لم يعالجن ولدن أطفالا سليمين حسب الظاهر بمعنى أن الاعراض لا تظهر على الاطفال ويكون فحص الدم سلبياً لحين البلوغ . ورغماً من هذا فان بعض الثقات يعتبرون هؤلاء الاطفال زهريين فقد وجدنا أن ١٠ ٪ منهم تظهر عليهم الاعراض بعد السنة السادسة من الولادة . ومن رأى تيبرج الذى يؤكد تأثير الزهرى فى الأم أن كل امرأة فحص دمها مرات ووجد تفاعل وأسرمان ايجابياً يجب أن لا تتزوج الا اذا برهن الاختبار على له لا يمكن الجزم بأن الأم الزهرية التى عولجت وشفيت بحسب الظاهر فأوقف علاجها تستطيع ولادة أطفال لا يخشى من ظهور الزهرى فيهم حالا أو مستقبلا

وان أصيبت بالمرض فى الشهر الخامس من الحمل فان الزهرى يظهر على الطفل فى الولادة وان أصيبت فى الشهر السادس أو السابع فقد لا يظهر وان أصيبت فى الشهر الثامن أو التاسع فقد يولد الطفل سليما ولكنه يصاب منها فى الرضاعة (ماكدوناغ) وان لزم الحال وسئلنا عن أقرب وقت يمكن بعده لامرأة زهرية أن تتزوج فيجب اعتبار النقط الآتية :

(١) هل فيها قرح معدية وهذا سبب مانع قطعى للزواج

(٢) هل هى فى سن البلوغ أى قابلة للحمل

(٣) واذا كان كذلك فهل لديها وسائل العلاج وهل تميل بقلبها للمعالجة وان حملت فهل تقبل عرض نفسها من آن لآخر على أخصائى وهل تقبل أن

أطفالها يعالجون المعالجة المطلوبة . والاعتبارات الآتيـة تساعدنا على اعطاء قرار نهائى فى هذا الموضوع وهو : —

اذا أصيبت الحبلى بالزهرى وابتدأت معالجتها قبل الشهر الخامس أمكنها ولادة طفل سليم ظاهرياً من علامات الزهرى الاكلينيكية ودمه يعطى تفاعلا سلبياً وكلما بودر فى علاج الزهرى الجماعى كان الامل أقوى فى ايجاد ذرية سليمة ولو بقى دم الأم ايجابياً (فندلى) وان ابتدئ العلاج بعد الشهر السابع فمن العادة ظهور الزهرى فى الطفل عند الولادة ويقول فندلى أن العلاج الشديد مدة الحمل يجعل فحص الدم سلبياً للزهرى و يساعد المرأة على ولادة أطفال أصحاء حتى ولو أوقف العـلاج بعد الولادة . هـذا ومن مميزات الطب الحديث ومن المظهرات لفضل العلاج هو سرعة ايقاف (أمر العلاج الوقائى) للمرأة الحبلى بكل الوسائط المشجعة على هذا العمل سواء كانت اجتماعية أو أدبية أو ادارية أو قضائية وقد شدد فندلى فى ذكر فوائد العلاج للمرأة وطفلها اذا بوشر مدة شهور الحمل كلها ومع ذلك فلا يمكن الجزم باستمرار سلامة الطفل لسن البلوغ ولذا يتردد الـكثيرون من الاطباء فى التصريح للمرأة السابق اصابتها بالزهرى بأن تتزوج ولـكل حالة لبوس مخصوص وللضرورة أحكام

وبالجملة فالملاحظات المذكورة هنـا تساعدنا على النظر للعائلات الزهرية بعين الامل ونستطيع رفع الخوف بأن نضع مرضانا ذكوراً أو أناثاً تحت عنايتنا شهوراً قليلة قبل الزواج اذ بذلك و بأنواع العلاج الذى بين أيدينـا نستطيع ايجاد أطفال أصحاء والمدة اللازمة لهذه العناية (أى بين ظهور القرحة الزهرية والتصريح بالزواج) قد تكون طويلة . وعلى الطبيب أن يكون خبيراً وعلى المريض أن يكون صبوراً

حالة التهاب بريتونى قيحى حوضى

نتيجة ادخال جسم غريب بعنق الرحم

للدكتور محمد كامل سامى

المريضة ز . ع . البالغة من العمر ٢٧ سنة تقريباً أوصانى بها احد اخوانى الاطباء . حضرت لمستشفى عباس بتاريخ ١٣ اغسطس سنة ١٩٢٢ تحت نمرة ٥٧٣ تشكو من آلام شديدة بالرحم وامساك مستمر وعسر شديد عند التبول وألم بالخصر الأيمن يمنعها النوم على ذلك الجانب وكذا ألم بالظهر والمريضة المذكورة تزوجت منذ ١٥ سنة تقريباً وولدت ٣ مرات وأجهضت مرة واحدة بفعلها منذ ٨ شهور تقريباً ومنذ ذلك الوقت حصل لها حمى نفاس استمرت معها ثلاثة شهور وتكون خراج فتح بالمستقيم وصار يمتلىء ويفرغ مابه من وقت لآخر وهذا هو كل التاريخ الذى أقرت به المريضة

وبفحصها من المهبل وجد خراج بقاع كيس «دجلس» منفصلا عنه بسمك اصبعين تقريباً ووجد الرحم ملتصقا ومثبتا بكيس دجلس أيضاً

اما المريضة فكانت تشعر بالآلام الفائقة الوصف ولم تكن تقوى على نصب قامتها

مكثت المريضة بالمستشفى تحت الملاحظة وأتاها الحيض فى يوم ٢٥ أغسطس سنة ١٩٢٢ و بعد انتهائه عملت لها العملية فى يوم ٢٩ أغسطس سنة ١٩٢٢

فتحت البطن فوجدت بها التصاقات بريتونية كثيرة ووجد بها عود من سبت غسيل يبلغ طوله ١٨ سنتيمترا وقد ثقب الرحم والمثانة من القاع والقمة مارا بالبريتون وثاقبا للمعاء الدقاق أيضاً واحد طرفيه بالمعاء والطرف الثانى بالمثانة وراسبة عليه أملاح مكونة لحصاة قدر حجم البلحة فامسكت بالعود من

الوسط واستخرجته من المعاء ثم جذبته من المثانة فوجدته مكاساً بالحصاة ومما يلفت النظر فى هـذا الموضع أن جدر المثانة تضخمت وانفصلت من الرحم وصارت كشكل كرة صغيرة فوق العانة حتى أنه خيل لنا فى أول الامر أنهـا الرحم — و بعد ذلك خيطت الثقوب التى بالمعاء و بالمثانة — ووجد الرحم منثنيا للخلف وملتصقا بقاع كيس دجلس فخرج منه صديد ذا رائحة كريهة — نتيجة تأثير باسيل القولون قدر لتر تقريباً — ثم وضعت أنابيب درنقـة واصلة من جدر البطن فوق العانة الى قاع كيس دجلس من المهبل وعمل لها حشو بالشاش وقفلت البطن فيما عدا ذلك

رفعت الانبوبة بعد أربعة أيام وصار عمل الغيار والغسيل وتحسنت المريضة ولـكنها ابتدأت تشكو ألمـاً عند التبول — فبفحص المثانة وجدت حصاة ثانية متكيسة وفى حجم البلحة أيضاً

فعملت لها عملية ثانية فى ٣ اكتوبر سنة ١٩٢٢ وتحت الجرح فوق العانة ثم عمل توسيع عنق المثانة واستخرجت الحصاة بدون شق

وفى ٢٠ اكتوبر خرجت المريضة من المستشفى وكانت شفيت تماماً

أما تاريخ المرض فلم تخبرنى عنه الا بعد العملية وهو

ان الحيض تأخر عن ميعاده يوماً واحداً منذ ٨ شهور فأخذت المريضة تجهض نفسها بوضع عيدان كبريت مغموسة فى الغاز فى عنق الرحم وتتركها قدر ساعة ثم تخرجها و بعد تكرار هذه العملية يومياً لمدة أربعة أيام بدون جدوى ابتدأت تستعمل عيدان حطب طويلة فصارت تدخلها وتخرجها بنفس الطريقة يوماً بعد يوم لمدة شهر تقريباً وأخيراً أدخلت عود الحطب الذى انزلق منها ولم تتمكن من اخراجه — وفى ذلك اليوم أخذت تجندر الملابس واذ ذاك أحست بالعود صعد فى بطنهـا الى الجانب الايمن فأرادت ادخال عود آخر لاخراج الاول فلم تفلح واستمر الألم شديداً والحمى اشتدت عليها كذلك

فعرضت نفسها على عدة أطبـاء ودايات وخلافه وكانت تقص عليهم قصتها ولـكنهم بعد فحصها كانوا يقولون لها أنها مجنونة وأنه ليس هناك عود وكذا دخلت القصر العينى ولـكنها خافت وخرجت بدون عملية وكذا اشتدت عليها آلام البطن والرحم والظهر بحيث لم تكن تستطيع الوقوف منتصبة وأخيراً تكون خراج فتح بالمستقيم واستمر نزول الصـديد من الشرج وصار الخراج يفرغ ثم يمتلئ ويفتح من وقت لآخر مع استمرار نفس الآلام الى أن حضرت للمستشفى وفى هذه الدفعة صممت على كتمان حقيقة وضعها خوفاً من أن يقال لها أن ليس هناك عود وقالت أنهم سيجدون بانفسهم ما هنالك عند فتح البطن

تجربة شخصية للسعال الديكى

للدكتور محمد مبارك

مرضت فى شهر اكتوبر الماضى بسعال ديكى وهو مرض لسن الطفولة ولـكنه قد يصيب الشبان والشيوخ وأنا من السن الآن فى الثانيـة والثلاثين من عمرى فأنا فى متوسط العمر العادى ولعل اثبات هذه التجربة الواقعية يغير شيئاً من الاعتقاد الثابت عند بعض الاطباء من أن هذا المرض خاص بالاطفال ولست أقصد بكتابة هذه المشاهدة أن أثبت عرضاً جديداً فى المرض ولـكنى أعتقد أن تصوير الاحساس الشخصى بقدر الاستطاعة لا يخلو من فائدة . ولعل ما يكتب فى مرض ما من التصوير الدقيق هو ما يكون لشخص قادر على الـكتابة بنفسه

أخذت العدوى من خادمتى الصغيرة التى تبلغ من العمر نحو العشر سنين ولقد حضرت بالمرض من قريتنا بعد قضاء أغلب شهر اغسطس الماضى كأجازت فيها ولم أكن مرافقاً لها . ولقد كان المرض عندها بسيطاً فى أوله ولـكنه أخذ

يشتد شيئاً فشيئاً حتى كانت النوبات تأتيها فى اليوم والليلة نحو العشر مرات كانت تتقايأ فى أغلبها لعدم محافظتها على الحمية فى الاكل التى أمرتها بها وكانت تتقايأ غالباً فى المرحاض ومن هناك أخذت العدوى . والرائحة الكريهة تلهب حلقى ولقد كانت رائحة المرحاض خاصة ولم تكن كريهة جداً بل كانت كرائحة السمك « الزفر » مصحوبة بقليل من الحموضة . ولقد تغير لون المنجنيق الابيض الى لون أصفر رملى ما كان يذهب بحكه بالرمل للزوجة المخاط المتقايأ

من هذا المرحاض ذى الرائحة الخاصة أخذت العدوى بالتهاب فى الزور أولا [1] عالجته بغرغرة ماء الاكسجين وخلافه فلم ينقطع المرض كالعادة فى الحالات البسيطة وامتد الى القصبة الهوائية مع انى سليم الصدر قويه رغم كل احتياط . ولا يخفى أن الطقس فى قنا يكون حاراً فى هذه المدة ولو أن به بعض الرطوبة .

ابتدأ المرض عندى فى الاسبوع الاخير من شهر سبتمبر وقد حضرت الخادمة فى الاسبوع الأخير من اغسطس وعلى ذلك لا يمكن تحديد مدة الحضانة بالضبط وان كانت ضمن هذا الشهر . والتهاب الزور البسيط يمكث عندى عادة يوما أو يومين ثم يخف وينقطع ولكنه فى هذه المرة ازداد وابتدأت اسعل واستمرت الكحة بسيطة فى الاسبوع الاول ثم ابتدأت تتابع وابتدأت الحنجرة تتشنج أثناء نوبات الكحة ثم يعقب ذلك شهيق ديكى من دخول الهواء بجذب شديد فى الحنجرة المقفلة تقريباً

ولنوبات الكحة المتتابعة سببان . الاول لزوجة المخاط المفروز الذى يجب طرده من القصبة الهوائية والثانى أن نوبة الكحة لا تصادف موضع المخاط

(١) المرض يأتى بهذا لان المتقايأ فيه الباسيل الخاص — بوردت ورچنجو — من ابتلاع المخاط بعد الكحة الذى يحصل غالبا لعدم القدرة على اخراجه بعد الكحة التشنجية المتكررة

من القصبة كما تصادفها فى الالتهاب البسيط لعدم دقة حساسيتها به فلا يخرج وعندها تتكرر حتى يخرج المخاط

ولانقباض الحنجرة هـذا الانقباض التشنجى سببان أيضا الاول خوف دخول شيء من القيء الذى يصحب نوبات الكحة غالباً الى القصبة الهوائيـة والثانى التهاب رشحى فى الحنجرة نفسها لأنى كنت أحس بها ثقيلة أثناء النوبة ثم تخف ويفرز منها مخاط يغص به الزور تقريباً بعد ذلك والدليل على التهابها الاحساس المستمر « بالشرقة » فى أسفل الزور وتغير الصوت تغـيرا يقرب من البحة

كانت النوبات تعتريني ثلاث مرات فى الليل اثناء الاسبوع الثانى من المرض وكنت أكح كل نوبة مرات متوالية نحو العشرين ويضيق صدرى جداً حتى اعتقد انى لا أفيق ثانية وكنت دائما أتقى عمل الشهيق الديكى ببلع الريق جملة مرات حتى تنفتح الحنجرة مراعاة لاحساس من حولى . ولقد كنت فى كل مرة اتضايق حتى أود مفارقة الحيـاة حالا وكنت أرغب أن يأخذ طبيب منى كل ما أمتلك ويداوينى دفعـة واحدة حتى أخاص من هـذا البلاء الشـديد — وهيهات — ولقد كنت أشفق أن آخذ اجرى من بعض المرضى الذين يأتون الى يشكون من كحة بسـيطة أو من مرض ليس له علامة اكلينيكية فأفحصهم ثم أفحصهم ولا أجد شيئاً فلما مرضت بهذا السعال وددت لو ان لى الدنيا فأهبها جميعا لمن ينقذنى منه . وهـذا المرض له فترات صحو يحس فيها الانسان بصحة وحياة طيبة ولا يمكن للطبيب أن يستجلى من المريض حقيقة مرضه بالفحص الدقيق ولكن اذا أتته النوبة كان مرضه ظاهراً حتى المشاهد البليد فيستثير اشفاقه

على هذا النحو قضيت نحو اسبوعين تصيبنى النوبة ثلاثا فى الليل وثلاثا فى النهار تقريباً حتى سئمت الحياة وأنا ممتلئ الجسم قوى البنية واسع الصدر

ولا ينتقذنى غير مجرب فان المرض آفة الحياة

يصحب نوبة الكحة عرق فى جميع الجسم وخصوصاً فى الرأس وتغرورق العينان ولا يمكن المريض عمل النوبة غالباً وهو مستلق على ظهره لخوفه من انقطاع نفسه وعلى ذلك تراه يجلس قبلها

بقى على أن أتكلم على التغيرات التى تصحب التشنجات الحنجرية فى القناة الهضمية

فى هذا المرض تضطرب المعدة بأصل مزدوج فهى بمجاورتها للحجاب الحاجز الذى يأخذ النصيب الاكبر من مجهود الكحة التشنجية تحرك معه تبعاً للضغط السلبي والايجابى الحادث بحركة الحجاب انقباضاً وانبساطاً . فهى تنقبض أيضاً انقباضاً تشنجياً فتفرغ محتوياتها اذا كانت ممتلئة وخصوصاً فى الاطفال الصغار و يحصل بذلك القىء المصاحب . وانا طبعاً لم أتقايأ ولا مرة واحدة طول هذا المرض لمحافظتى على الحمية فى الاكل باستمرار وذلك بعكس الخادمة التى لم تسمع نصحى والتى كان من مبدئها الاكثار من الاكل للاستعاضة والاصل الثانى فى اضطراب المعدة ناشىء من بلع المخاط الذى يصعب قذفه الى الخارج للزوجته وعدم القدرة غالبا على اخراجه دفعة واحدة فى نوبة من نوبات الكحة التشنجية وهو اما أن يرجع ثانية فى القصبة الهوائية بالشهيق الصوتى الشديد واما أن يبتلع وهو الاسهل وهناك يعمل تأثيره

أنا لا أنكر أن كثيراً من الغازات التى كانت توجد فى معدتى تبتلع أثناء النوبة تخفيفاً لدفعات الكحة ولكنى أظن أيضاً أن باسيل السعال الديكى يحدث غازاً فى المعدة والامعاء فاننى كنت بعد الكحة التشنجية أتجشأ جملة دفعات يخرج فيها غاز كثير لا أظن أنه ابتلع كله هذا فضلا عن القراقر المعوية التى أحس بها ليلا فى أمعائى على خلاف العادة

بقى على أن أذكر أن الكحة المتكررة النوبات لا تزال موجودة رغم

شفاء النزلة القصبية الشعبية التى صحبت المرض . ونوبات الكحة تأتى الآن وتتكرر حتى أحس بأنها حصلت من أصلها فى قاعدة الجمجمة وكان لخلوصها احساس براحة مخصوصة كما يحس المتبول براحة اذا فرغ من العملية . وهذا النوع من الكحة ابتدأ فى الاسبوع الرابع ولا يزال موجوداً فى الاسبوع السابع من ابتداء المرض . وأنا أظن أن أصل هذه الكحة مركزى وان كانت تهيج بأقل مؤثر فى القصبة أو الحنجرة وربما تتكرر هذه الكحة حتى تخلص ولا يفرز شىء من المخاط فتسكن وعلى هذا اعتبرها مركزية وان كان المحرك الاول لها موضعياً .

كانت هذه الكحة تأتى أولا بعد احساس بثقل فى الصدر فيما يقابل القصبة الهوائية دفعة من غير افراز ثم تتكرر كحة بسيطة غير تشنجية ويفرز منها مخاط فهى اذن كانت المحرك لساكن المخاط وكانت تأتى غالباً عقب القيام من النوم ولكنها تأتى الآن بعد الحمام البارد أو بعد شم الروائح النفاذة كالكؤول فى الكلونيا وما شابهها

أنا شخصياً اكره أخذ الدواء لنفس العلاج الا اذا كنت واثقاً من فائدته النوعية فى المرض « Specificity » كذلك اكره وصفه للمرضى اذا وجدت منهم ليناً لارشادى ووثقت بنباهة المريض ولكن لا يزال المريض فى بلدنا لا يشعر أن الطبيب أفاده أو استحق الأجر الا اذا كتب تذكرة دواء له مهما بالغ الطبيب فى تفهيمه أدوار المرض وكيفية معالجتها طبيعياً وهو مهما أكد له أن الدواء غير نوعى وأنه يخفف الاعراض ولكن لا يشفى المرض وأنه يجب عليه مراعاة كذا وكذا من قوانين الصحة حتى يستريح نرى أن آخر سؤال له هو كيف آخذ الدواء ؟ وعند ما يقابل الطبيب لأول مرة بعد ذلك يواجهه بأن الدواء لم ينفع كأن المريض يريد من الطبيب أن يخلق له لكل مرض دواءاً نوعياً يأخذه فيشفى ولا يكلف نفسه مساعدة الطبيب بعد ذلك فى شىء . ولكن زمن

ذلك لم يأت بعد ولا أظن أنه يأتى وفى اعتقادى أنه كلما ارتقى التداوى كلما قلت الادوية المستعملة ورجعنا بعد الى الاصول الطبيعية نسترشد بها فى تخفيف آلام الامراض جميعاً ورفع أثقالها عن كواهلنا بل سيغنينا الاحتياط من الوقوع فى المرض عن مداواة المرض نفسه ونقضى بذلك على معظم العقاقير التى تزداد باضطراد والتى تملأ عدداً هائلا من المخازن والصيدليات

بهذا الاعتقاد ولانى لا أعرف دواء نوعياً لمرضى لم آخذ دواء الا تذكرة ركبتها لتليين المخاط فى الدور الاول من المرض وافقت فى تركيبها تذكرة من تذاكر — برن يو — ولما لم تأت بنتيجة ما فى ثلاثة أيام انقطعت عن أخذها وكانت هذه التذكرة مركبة كالآتى :

بى كربونات الصودا	١,٠	ثلاثة ملاعق فى اليوم بعد الاكل
جاوات الصودا	٠,٥٠	
شراب عطرى	١,٥	
ماء لغاية	١٥,٠	لمقدار واحد

فتشت فى كل ما عندى من الكتب لعلى أعثر على دواء يكون غائباً عن ذاكرتى فلم أجد ومع أن البنزيل بنزوات كان فى الذاكرة الا أنه لم يكن موجوداً فى أجزاخانات قنا وحمدت الله على عدم وجوده لانى لو وجدته كنت استعمله حتما مع قلة وثوقى به لكثرة ما كتب عنه وكنت سأعرض معدتى للذعانه الشديد وتهييجه . وقلة وثوقى بهذا الدواء نشأت من أنه جديد الاستعمال — على الاقل فى بلدنا — ولا يزال يتحرك صعوداً حتى وصف فى كثير من الامراض التشنجية كالسعال الديكى والحيض المؤلم والفواق المتكرر وربما فى الربو والاستعصاء المعوى وغير ذلك على قاعدة أنه يؤثر فى العضلات غير الاختيارية فيفك انقباضها

ولقد أعطيت لخادمتى كل دواء منفث ومسكن من نوشادر وكلورال

وبروموور و بلادونا وغير ذلك فلم يقلل من حدة المرض ولم يقصر من أجله ولقد زال المرض بعد ان انقضت مدته كما انقضى عندى ايضاً من غير دواء على انى كنت اسرع منها شفاء . ولقد اعتمدت فى التداوى على تدفئة الصدر والرقبة مع العلم بأنى لم امتنع عن اخذ الحمام البارد فى الصباح و بعد الظهر كل يوم . ولقد شعرت بالتحسن الكبير بعد يوم قضيته فى اشد المرض اصابنى فيه برد شديد وزكام فى الانف علاوة على المرض ولما خف هذا فى اليوم التالى بعد تدفئة ليلة شعرت بخفة فى الصدر وقلت نوبات الكحة وكأن المرض نقص الى الربع وذلك كله فى يوم واحد ثم استمر فى التحسين الى يوم ٢٨ اكتوبر حيث لم يوجد الا نوبة كحة لا يمكننى ان اضبط وقتها ولا تأتى الا مرة واحدة فى اليوم والليلة

ولقد نفعنى كثيراً ايضاً انى عملت فسحة جبلية مكثت فيها يوماً وذلك بأن ركبت الجمل ثلاث ساعات من قنا الى جبل الراس وصعدت الجبل فى منتصف النهار حتى تصببت عرقاً ومكثت فيه بقية اليوم استنشق هواءاً أصفى ما يكون ثم رجعت فى نحو الساعة الثامنة مساء وفى اليوم التالى لهذه الفسحة احسست بقوة ونشاط وخفة فى كل الجسم وعادت لى صحتى والحمد لله

نتيجة المرض : انا لا اريد ان اطيل فى ذكر النتائج جميعاً من نحافة وانقباض فى الرئتين وانفزيما وتجبن الغدد الشعبية واستعدادها بعد للعدوى بباسيل الدرن كما يحدث عند الاطفال . ولكنى اريد ان انبه على نتيجة فى المتوسطى العمر حصلت لى ولم تذكر فى جميع الكتب التى اطلعت عليها وهى جديرة الا يلاحظها الا طبيب مرض بالمرض . وهذه النتيجة هى شلل بسيط فى الحنجرة يشاهد بكثرة حصول الشرقة — القصبة — اثناء البلع دائماً فقد يغص الانسان بريقه كما يغص بأى شىء آخر يبتلع لانه فى اثناء البلع العادى تنقبض الحنجرة فى اثناء ارتفاعها فلا ينزل فيها شىء من المبتلع ولكن بعد

مرض السعال الديكى لا تنقبض الحنجرة بسرعة او لا تنقبض تماماً فيدخل شىء فيها فتحصل الغصة

ربما تحصل هذه النتيجة ايضاً عند الاطفال ولكنها لم تلاحظ الى الآن ولقد شاهدتها ايضاً فى خادمتى الصغيرة . وهذه النتيجة تشبه تماماً الشلل الذى يحدث فى سقف الحلق بعد الدفتريا ولا يبعد ان يكون الميكروبان متشابهين وتأثيرهما ليس موضعياً فقط ولكنه عام فى الجسم ولذلك وصفت الكحة سابقاً بأنها مركزية

المصاح فى الخارج

مترجمة عن اللانست

للدكتور محمد مبارك

اصوان

لقد وافانا طبيب ممن قضوا فى الاقصر مدة الثلاث سنوات الماضية لاجل صحتهم بالمعلومات التالية بخصوص قيمة مصر العليا كمشتى winter resort ولقد قال مكاتبنا بشأن الهياج السياسى أنه لم ير شيئاً منه غير مظاهرتين فى شوارع القاهرة عملتا بالطلبة . ولقدكان فى الشتاء الماضى الوف الامريكانيين منتشرين فى كل مصر وكثير منهم بنات صغار لم يظهر لهن من كل « المسألة المصرية » غير مسألة كم من « البقشيش » يمكن أن يعطى المكارى — الحمار — . ومن رأى مخبرنا أن تجربته تدفعه الى الاعتقاد بان المعيشة مأمونة هناك ان لم تكن أكثر أمنا منها فى انجلترا . وفى كتابته عن اصوان كمصح قد اقتبس

من « دكتور مشهور » يعرف مصاح امريكا تماما انه لا يوجد فيها جو يمكن مقارنته بجو اصوان . فاصوان تبعد عن القاهرة بنحو ٦٠٠ ميل جنوباً وتقع على الشاطئ الشرقى للنيل فى وسط الصحراء ولا يوجد بها مطر وشتاؤها شمسه لا تنقطع نزل الشلال (فندقه) TheC ataract Hotel مفعم بالمدافئ فى حجر النوم ولكن مكاتبنا قضى فيها يناير وفبراير ولم يجنح مرة الى المدفأ

والامراض المشهورة التى يعتبر هذا المصح ناجعا فيها هى المجموعة المفصلية والالتهابات الكلوية المبتدئة وحكة الشتاء والتهاب الشعب المزمن ذو الافراز الغزير وكذلك يستفيد منها كل من يريد ان يتجفف بعد الالتهاب الصديدى البلوراوى او الانسكابى وغير ذلك و يصح ان يرسل الى هناك كل المرضى المتقدمين — ما عدا ذوى العاهات المفصلية — لان شقة السفر بعيدة ولان المريض ربما لا يقوى على تكييف نفسه طبقاً للطقس الجاف . والحالات التى تحسن هناك من الروماتزم المفصلى هى التى تحسن فى الصيف وتنتكس فى الشتاء . والمرضى الذين يتأثرون بالحرارة كثيراً لا يصح ارسالهم . والمرضى لا يصح ان يتأخر وصولهم الى مصر الى ما بعد الاسبوع الثالث من نوفمبر حيث يكون الطقس فى القاهرة جميلا جداً . و بقرب انتهاء الشهر يبتدئ المطر و بعد ذلك يجب ان ينتقل المريض الى اصوان حيث يمكنه ان يمكث فى الاقصر اسبوعاً او اسبوعين وهى على مسافة ٤٥٠ ميلا جنوب القاهرة . والمسافة من الاقصر الى اصوان تقطع فى ٦ ساعات و١٠ دقائق بالسكة الحديد ولكنها بهذا الطريق متربة واحسن وسيلة لقطع هذه المسافة هو ان يأخذ طريق احدى قوارب شركة كوك اللطيفة البخارية . وبمتابعة السفر كما ذكر لا يشعر المسافر بيوم برد . فاذا تأخر وصول المسافر الى اواخر ديسمبر او اول يناير فانه ينزعج من برد السفر بالسكة الحديد والملاحة البحرية فى الوجه البحرى وعندها يفقد مزية الشتاء بأجمعه . ويجب الا يغرى بمطالعة المناظر عند وصوله ولكنه يجب

أن يستريح هادئاً فى القاهرة يدرس الطقس مع الاحتياط دائماً بغطاء زائد خشية انخفاض درجة الحرارة بعد الغروب وكل مشاهدة المناظر يجب أن تعمل فى آخر الشتاء . ولو أن بعض حالات السل الرئوى الفعال تتحسن فى الوجه القبلى الا أن مراسلنا لا ينصح به فى هذا المرض وخصوصاً فى الحالات المستعدة للنزيف

وكل المعلومات بخصوص لوكاندة ونتر بلاس — قصر الشتاء — فى الاقصر أو لوكاندة الشلال فى اصوان تطلب من المسيو ا . ر . بدرت A. R. Badrutt فى لوكاندة بلاس فى لوسرن Lucerne. Swiss والخدم فى اللوكاندات اماسو يسريون أو فرنساويون وهم يبذلون كل مجهود فى راحة زائريهم اما عن طرق المواصلات فى مصر فيسأل محل كوك وولده . والماء فى اللوكاندات المذكورة فى اصوان والاقصر من الدرجة الاولى وكثير من الخضر والفاكهة يزرع فى ونتر بلاس للاقصر واصوان . ولا بد أن يؤخذ أثقل الملابس وكذلك اخرى خفيفة فاذا لم تطلب هناك فهى مطلوبة فى السفر والاشخاص الذين يرسلون بأمر الاطباء ويعملون ترتيباً للمكث شهرين هناك يدفعون فى كل يوم جنيها مصرياً بما فى ذلك كل شىء فى لوكاندة الشلال باصوان.

وهذا صورة الرد الذى بعث به حضرة الدكتور محمد افندى مبارك الى مجلة اللانست رداً على القطعة المترجمة أعلاه

قنا فى ٣/١٠/١٩٢٢

سيدى محرر مجلة اللانست :

قرأت بشغف فى اللانست المؤرخة ٩ سبتمبر سنة ١٩٢٢ تحت عنوان « المصاح فى الخارج » الجزء المكتوب على اصوان بقلم طبيب قضى الثلاث سنوات الماضية فى الاقصر مستشفياً . وهو بكتابته على هذا المشتى البديع قد

كتب كثيرا من الحقيقة حيث اقتبس من الدكتور المعروف جيداً والذى يعرف مشاتى أمريكا جيداً أنه لا يعرف طقسا فى الولايات المتحدة يقارن بطقس اصوان ولكنه مع ذلك لم يكتب كل الحقيقة لأننا ونحن مصريون نسكن هذه المنطقة لا نعرف طقسا فى العالم بأجمعه يقارن بما عندنا شتاءا حيث لا مطر مطلقا وحيث تشرق الشمس علينا كل يوم بوجهها الصبوح فتملأ كل الاحياء حياة وقوة ونشاطا . ولقد كان من أثر هـذا الطقس البديع ان كانت هـذه المنطقة على الخصوص هى محل آثارنا الضخمة الحية الانيقة الباقيـة على الدهر مع طول امتدادها فى بطون التاريخ القـديم والتى يشتهى أكثر من فى العالم أن يكون لبلادهم ولو جزء منهـا والتى هى المجمع الشتوى لأثرى طبقات الناس فى العالم وللأثريين الشغوفين بما فيها من اعجاز

ولما كتب على الحركة الوطنية المصرية قال أنه لم ير شيئاً منها مطلقا سوى مظاهرتين اثنتين عملتا بالطلبة فى شوارع القاهرة ولكنى اقول انه لا يستطيع ان يقول هـذا الا اذا كان قليـل الملاحظة اذ جاء مستشفياً من رمد فى عينيه !

ما الذى كان ينتظره من شعب مسالم كالمصريين يطلبون حريتهم واستقلالهم داخل دائرة السلام والحق ؟ انا لا اظن ان احدى البنات الامريكيات الصغار حتى ولا السواس الكبار من الامريكان يستطيعون ان يقولوا ما قاله هو وادعاه من ان كل المسألة المصرية تنحصر فى تقديركم من « البقشيش » يمكن اعطاؤه للحمار ؟

لم يكن هـذا الطبيب حين اراد ان يكون سياسياً لا طبيباً ولا سياسياً لاننا نعلم ان الاطباء لا يمكنهم ان يكونوا سياسيين محنكين لتربيتهم على الحقائق وعند ما يرغبون فى الخلط بين السياسة والعلم يكونون كمن يمزجون المتنافرات « Incompatibles »

ان المسألة المصرية ليست هى مسألة كم من « البقشيش » يعطى للحمارين ولكنها مسألة كل مصرى وهى ان يعيش كما يعيش كل انجليزى حراً مستقلا لا فى خارج بلاده ولكن فى داخلها فعقول الناس لا تتفاوت فيما بين مصر وانجلترا ومقاصدها واحدة . فاذا عاش اى انسان حراً فى هذه الدنيا فلا ادرى لماذا لا يعيش المصرى مع انه اولى بذلك لأنه ممدن العالم من زمان

ان الشرقيين عامة اصبحوا لا يثقون بالقواعد السياسية التى يقررها الغربيون عامة لأنها غير موزونة وهى دائما مبنية على التحيز والمصلحة الشخصية

اريد بعد ان اواجه زميلى الطبيب فاعتذر له ان كنت جرحت احساسه كطبيب لأنى اعتقد انه كسياسى قد جرح عاطفة كل مصرى و واجب عليه ان يعتذر م؟

استعمال برمنجنات البوتاسا فى الحروق وغيرها

الغازيت الطبية بموسكو ابريل سنة ١٩٢٢

للدكتور نجيب اسكندر

تمكن الدكتور جوروفتش (بموسكو) من معرفة تأثير برمنجنات البوتاسا على الحروق فى شخصه حيث اصابه حرق شديد فى الاصابع من لمبة الكؤول وكانت آلامه شديدة فاستعمل محلولا مائيا مركزا من برمنجنات البوتاسا بناء على اشارة اوخمان وصبغ به موضع الحرق و بعد بضعة دقائق بطل الالم وتصلب الجلد و بعد مضى ٧ — ٨ ايام فصلت آثار الحرق قطعاً وظهر ان الجرح التأم بدون تشويه . وكان هذا الاختبار سبباً لتعميم هذه الطريقة فى علاج الحروق بمحلول مائى لبرمنجنات البوتاسا بنسبة ٥ ٪ وكانت النتائج دائما طيبة والشفاء وسريعا بدون الم وهذه الطريقة تنجح أيضا فى علاج القرح الغائرة من الاستلقاء فى الفراش م؟

مسألة الخنثى

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

كان يظن فى بادىء الامر أن الطفل البالغ من العمر عشر سنوات هو انثى ولكن ظهرت عليه علامات يستدل منها انه ذكر وعليه نشأ هذا الطفل على انه ولد . ولكن لم يلبث أن ظهرت عليه علامات الجنس المؤنث وعليه عملت له عملية استكشاف ومع كل لم يمكن الفصل فى هذه المسألة بواسطة هذه العملية حيث لم تتضح بها جنسية هذا الطفل لأن غدة التناسل أو الجنس Sexnal Sland كانت فى احدى الجهتين خصية وفى الجهة الاخرى مبيض وكان كلاهما يعادل فى تركيبه غدد الجنين وكانت المسألة هى أن الغدتين يمكن استئصالهما ولكن ارجىء الفصل فى ذلك لوقت آخر . وأخيراً ظن أن سن البلوغ ربما يكشف لنا حقيقة جنسية الطفل وبعد ذلك يمكن التفكير فى استئصال احدى الغدتين أو عمل عملية التلقيح أو عملية تشكيلية . وفى الختام يلاحظ الدكتور ساند Sand أنه يجب التفكير الطويل والحذر الشديد قبل التداخل فى هذه الاموال بأى شكل من الاشكال

تقريظ الكتب ونقدها

كتاب أمراض العيون فى المناطق الحارة

تأليف اليوت بلندرة وطبع جامعة اكسفورد

وثمنه ماية وخمسون قرشاً تقريباً

ألف الدكتور اليوت مبتدع العملية الجديدة للأغلوقوما المزمنة كتابا نفيسا فى امراض العيون للمناطق الحارة . وغنى عن البيان أن المؤلف له خبرة واسعة فى جراحة العيون ايام كان فى الهند وهو الآن بلوندرة ولذا تجد اعماله فى عيادته الخصوصية كثيرة كما تستدعى خبرته العظيمة

والكتاب مثل لما يجب ان يطلع عليه كل طبيب رمدى مصرى خصوصاً وانه موضوع فى اسلوب لطيف ولغته سهلة وقد جمع المؤلف فيه ملاحظات كثيرة كان نشرها هربرت بخصوص مضاعفات الرمد الحبيبى المختلفة الانواع مما يندر وجوده فى الكتب الاخرى اما موضوع الرمد الحبيبى نفسه فمختصر جداً وعلاجه يختلف عن المتبع بالقطر المصرى . وقد نوه المؤلف عن مرض الجزام وهو مرض منتشر بمصر ومما يجدر ملاحظته سهولة تشخيص الازرار الجزامية اذا كانت موجودة على القرنية او على حافتها . ولقد جمع المؤلف الامراض الطفيلية فى فصل واحد كما اعد فصلا آخر لتاثير النور الساطع على العين فى المناطق الحارة والمعتدلة ربما كان اتعس ما كتب وفى هذا القدر كفاية لأظهار قيمة الكتاب وجليل فائدته ؟

محضر الجلسة العلمية التاسعة للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

المنعقدة بحجرة قومسيون البلدية الساعة السابعة

من مساء يوم السبت ٢٨ اكتوبر سنة ١٩٢٢

عقدت الجلسة تحت رئاسة صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن رئيس الجمعية وبحضور ٢٥ طبيباً من الأعضاء

فقام سعادة الرئيس شاكرا أعضاء الجمعية على سؤالهم عنه اثناء مرضه وتمنى لهم التمتع بالصحة التامة والعافية

ثم القى سعادته محاضرته عن (أسباب القيلة المائيـة فى مصر) ثم دارت المناقشات فى موضوعها

فالدكتور هريدى أشار الى أن كثيرا من القيلات المائية التى لم يعرف لها سبب فى الحقيقة لها أسباب ولو أنها غير واضحة فمثلا (١) الزهرى يسبب القيلة المائية حتى أنه فى بعض الأحايين وجودها يدفع الطبيب للاشتباه فى وجود المرض المذكور (٢) سبب آخر وجده فيدال فانه احياناً يكون موجودا كيس صغير أو أكثر فيه حيوانات منوية ولسبب ما ينفتح هذا الكيس لداخل الطبقة الغمدية للخصية ووجود الحيوانات هـذه يحدث تهيجاً فيها و يسبب تكون القيلة (٣) ان السل فى البربخ أو الخصية بل وفى الطبقة الغمدية نفسها يحدث قيلة وقد برهن على بعض القيلات كذلك بعمل الحقن بالسائل وأخيرا (٤) فى الامراض العمومية كما ذكر سعادة الرئيس كاستسقاء فى أمراض القلب ومرض برايط فأجاب ظيفل باشا موافقاً تماماً على ما ذكر مشيرا الى أنه ذكر عن الزهرى والدرن فى محاضرته وأشار الى أنه لما كان فى اوروبا سنة ١٩١٦ سأل جملة أساتذة عن أسباب القيلة المائية وكلهم أظهروا انهم لم يهتدوا لسبب جلى لها ومن ضمن الاسباب أن البربخ المسلول والقيلة الدوالية وتضييق الفتحة

بعد عملية الفتق كل ذلك يسبب اعاقه الدورة الدموية فى الخصية ومن ذلك تنتج القيلة وأشار سعادته أيضا لحادثتى قيلة مائية فى طبيبين من الحاضرين مؤكداً انهما حدثتا نتيجة ركوب الحمار فى اعمالهما ويلاحظ أن القيلة المائية اكثر فى الجنود السوارى منها فى البيادة

فوافق الميرالاى الدكتور حسن بك رأفت حكيمباش الحرس الملكى على ذلك وأشار الى أنها مسببة من كثرة الركوب وضيق الملابس وشدة الاحتكاك

ثم عاد سعادة الدكتور ظيفل باشا الى القول فأوضح ان القيلة لا يصح أن يقال انها تسبب من نفسها Idiopathic فان هذه الكلمة فى الواقع غير حقيقية فمثلا قد علم وبرهن أخيرا أن الكزاز Tetanus الذى قيل عنه فيما مضى Idiopathic مسبب فى الحقيقة من جرح ولو غير منظور مثل وخزة ابرة مثلا ثم أشار الى أنه لا بد أن الالتهاب له دخل واضح فى أسباب القيلة فكثير من الناس يحدث عندهم تجمع حول الخصية بمقدار نصف فنجان ويبقى هكذا طول حياتهم فلا بد ان هذا يكون مسببا من التهاب بسيط واشار الى عادة الفلاحين وهى انه اذا اصيب احدهم بالتهاب فى الخصية او الصفن ينزل مباشرة الى الترعة ويبقى مدة طويلة وبذلك يعمل مكمدات باردة لنفسه فوافق الدكتور فضلى على ذلك وقرر ان هذا حسب مشاهداته هو اول علاج يقومون به من انفسهم ثم فسر ظيفل باشا السبب فى ان القيلة منتشرة فى البنادر اكثر منها فى الارياف بأن الباعة فى البنادر يستعملون براذعا لركائبهم ولها (بطيخة) اى ان الجزء المقدم صلب بارز مع ان الفلاحين يستعملون برذعة مسطحة بدون هذا الجزء وهكذا تسبب (البطيخة) احتكاكا دائما ثم دارت مناقشات اخرى فى تأثير الانهماك فى الاتصال بالنساء كسبب لايجاد القيلة المائية وترجيح ان هـذا غير موجود عند الفلاحين الذين يتعبون طول يومهم تعبا شديدا

ودارت مناقشات فى مشاهدات علمية اخرى وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء م؟

محضر الجلسة العلمية العاشرة للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

المنعقدة بقاعة القومسيون البلدى يوم السبت ١٨ نوفمبر سنة ١٩٢٢

فتحت الجلسة الساعة ٧½ مساء تحت رئاسة الدكتورشعبان هريدى و بحضور عدد من اعضاء الجمعية وعدد من حضرات الاطباء والصيادلة من الاعضاء

ثم قام السكرتير فبلغ الحاضرين اعتذار صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا رئيس الجمعية عن الحضور لمرضه وكذلك ابلغ اعتذار صاحب العزة الدكتور محمد بك رأفت مفتش صحة المدينة عن الحضور مع اخبار الاعضاء ان سعادته كلفه باعلان الجمعية ببشرى وعدصاحب الجلالة الملك بانشاء مستشفى للأوقاف فى الاسكندرية فى سنة ١٩٢٣ وذلك للوفد الذى تشكل لعرض هذا الالتماس على جلالة الملك

ثم دعى حضرة عبد الله افندى محمد يوسف الصيدلى فألقى امام الجمعية محاضرة موضوعها (تشخيص عدم الكفاءة الكلوية فى المعمل) ثم قامت جملة مناقشات فى موضوعها (وهى المنشورة فى هذا العدد)

ثم قام حضرة الدكتور هريدى شاكراً لحضرة المحاضر ومرحباً بحضرات الاطباء والصيادلة الذين شرفوا الجلسة بحضورهم

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة مساء ؟

محضر الجلسة العلمية الثامنة والعشرين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة مساء ١٨ يناير سنة ١٩٢٣

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا و بحضور جناب

الاستاذ الدكتور بال بجامعه ڤينا ومستشار خاص جلاله امبراطور النمسا فرنسوا جوزيف وحضور نخبة كبيرة من اطباء القاهرة والاقاليم وافتتحت الجلسة الساعة ٨ ونصف مساء فقام دكتور نجيب اسكندر بالنيابة عن سعادة الرئيس والقى الكلمة الآتية :—

سادتى واخوانى وابنائى الاعزاء

لى عظيم الشرف بأن القى على مسامعكم كلمة شكر على نعمة الله ومنته ويؤتى الحكمة من يشاء . تشرفت بالحضور هذه الليلة على غير عادتى لأراكم بنظرى بعد شفائى اولا وثانيا لاسمع محاضرة حضرة الاستاذ الطبيب الشهير الدكتور بال استاذ الامراض الباطنية بكلية ڤينا وطبيب جلالة امبراطور النمسا سابقا ولاعلن لاخوانى وابنائى شكرى للاستاذ الرمدى الشهير حضرة الدكتور ساكس استاذ الرمد بكلية ڤينا

أراد الله بأنى اصبت بكاتوركتا أحرمتنى نعمة القراءة والكتابة ورؤية اصدقائى واخوانى وابنائى واذا بحضرة ولدى الدكتور نصر بك فريد أخبرنى بقدوم استاذه الدكتور ساكس فلما حضر قدمنى حضرته اليه فعمل لى العملية ومن الله على بالشفاء

ثم ابتدأ جناب الدكتور بال فى محاضرته عن الضعف الدموى بالانجليزية

وعند الانتهاء منها صفق الحاضرون استحسانا ثم قام دكتور نصر بك فريد وحض حضرات الزملاء على ارتياد النمسا حتى لايحرموا من ينابيع العلم والحكمة بعد ان أبان لحضراتهم عظم درجة استاذه هناك ورفضه هو وامثاله من كبار علماء النمسا ما عرض عليهم من المرتبات الباهظة فى البلاد الاجنبية كأمريكا وغيرها مؤثرين مشاركة مواطنيهم فى بؤسهم وشقائهم على ذهب الاجنبى الوهاج وهكذا يعطى هؤلاء العلماء اكبر مثل للتضحية فى سبيل بلادهم

واقفلت الجلسة حيث كانت الساعة ٩ و ٥٠ دقيقة مساء ؟

تقرير
لجنة تحرير المجلة الطبية المصرية
عن سنة ١٩٢٢

سعادة الرئيس وحضرات أعضاء الجمعية الطبية المصرية

تتشرف لجنة تحرير المجلة الطبية المصرية التابعة لجمعيتكم الموقرة أن ترفع اليكم تقريرها عن سنة ١٩٢٢ ولنا مزيد الأمل فى أن يكون هذا التقرير موضع اهتمامكم وعنايتكم وان تنظروا اليه والى ما جاء فيه نظرة ثاقبة حتى لا يكون نصيبه نصيب التقارير التى سلفت وخصوصا اذا علمنا أن حياة المجلة الطبية المصرية التى ائتمنتمونا للعناية بها تحتاج دائماً الى مساعدتكم الكلية وعنايتكم الرشيدة فبكم تطول حياتها ويكون لها الشأن الذى تستحقه والشأن الذى يجب أن يكون لها بين مجلات العالم . وبكم وبقليل من وقتكم الثمين يكون عمرها مديداً وشبابها نضيراً

انا نناشدكم ياحضرات الاعضاء أن تهتموا ولو قليلا بمجلتكم فتساعدوها باهتمامكم وبنفثات أقلامكم فلقد أحوجتنا المادة وأحوجتنا المقالات فى هذا العام نظرا لعدم اهتمامكم بالكتابة فيها وبنشر ابحاثكم الخاصة حتى لقد تكبدنا نحن أعضاء لجنة التحرير اكبر المشاق فى تحريرها . وليس فى العالم مجلة تقوم بمحرريها فقط بل العبء كله على القراء والعلماء

ياحضرة الرئيس وياحضرات الاعضاء

قد وجدنا أن المجلة كثيراً ما تتأخر عن موعد ظهورها واظنكم لا حظتم ذلك ولكننا أصلحنا ذلك الخطأ بترك مطبعة السفور والاتفاق مع مطبعة الاعتماد ابتداء من شهر يونيو سنة ١٩٢٢ بشروط اهمها وجوب ظهور المجلة

فى مواعيدها على أننا بذلنا فى سبيل ذلك كل ما يمكن أن يبذل

وقد عينا للمجلة كاتباً خاصاً ليقوم بأعمالها بدلاً من كاتب الجمعية وكذلك قد وجدنا أن الاشتراك فى مجلات العالم الطبية أمر واجب فاشتركنا فى أهمها واجتهدنا أن نأخذ عنها كل غريب وحديث مما ينفع العالم الطبى فى مصر ولقد احتجبت مجلتنا فى عطلتها السنوية كـكل سنة وقد وجدنا هـذا العام حين صدور المجلة فى شهر سبتمبر أن نقدم لحضرات مشتركيها عددا ممتازا يعوض عليهم الفراغ الذى أحدثته العطلة

ولمـا وجدنا أن المجلات الاوروبية تعتمد كثيرا فى نفقاتها على ما ينشر فيها من الاعلانات اتفقنا مع شركة النشر المصرية على أن تقدم كل ما يمكنها أن تقدمه للمجلة من الاعلانات على أن تتقاضى ٢٥ فى المـاية من اجرة كل اعلان . ثم لمـا وجدنا أن حسابات المجلة وأعمالها غير مرتبة ومنظمة أحدثنا لها دفاتر خاصة تقوم بضبط العمل

اننا أيهـا السادة نطبع خمسماية عدد من مجلتنا يوزع منها على المشتركين ٤٠٩ عدد منها ٣٢٤ عدد توزع على أعضاء الجمعية الطبية المصرية . وعدد ما يرسل مبادلة مع الجرائد الاخرى ١١ عددا . فيكون المجموع ٤٢٠ عددا وذلك عدا الاعداد التى تصرف شهريا لعمل البروباجندا لنشر الاعلانات وقد وزع لهذا الغرض ٢٥٦ عددا فى سنة ١٩٢٢ بواسطة شركة النشر المصرية عدا ما يرسل أيضا لحضرات الاعضاء بدل المفقود منهم

وان المجلة لتتقدم اليكم باقتراح ترجو أن يصادف منكم قبولا وهو وجوب تمثيل لجنة التحرير فى مجلس ادارة الجمعية الطبية وذلك تسهيلا لعملها الشاق ولـكى تكون دائماً على اتصال تام بمجلس الادارة المذكور وعلى كل حال فالرأى مفوض لـكم

وقد بلغت ايرادات المجلة ٨٨ جنيها و ١٥ قرشاً والمصروفات ٢١٢ جنيها و ١٤ مليما كما جاء فى تقرير حضرة أمين الصندوق

هـذا موجز ما تم فى سنة ١٩٢٢ ولنا مزيد الأمل فى تعاون حضرات الاطباء على ترقية شؤون المجلة الطبية المصرية وجعلها فى مصاف المجلات الأوروبية ؟

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها بالأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

﴿ البالول ﴾

PALOL (PARKE, DAVIS & Co.)

البالول مستحضر مركب من الجادول (وهو الخلاصة الكحولية لزيت السمك التى تحتوي على جميع عناصره) ومن خلاصة الشعير وشراب التوت البرى وجايسر وفسفات الجير والصودا فهو ذو فائدة عظمى ويعطى كمقوي في حالات السل والهزال والنورستانيا . يفيد السيدات ان تعاطينه اثناء الحمل والرضاع وشراب التوت البرى الموجود بهذا المستحضر مما يجعله نافعاً فى النزلات الشعبية والحنجريه والبالول احسن وانسب مستحضر لزيت السمك يمكن اعطاؤه للاطفال

يعطى البالول من ملعقة شاي الى اربعة

﴿ بالاتول ﴾

تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

PALATOL (PARKE, DAVIS & Co.)

لا تنسى ان تصف لمريضك البلاتول فانه شراب مقوى ومجدد للصحة

يركب مستحضر البلاتول من الجادول (وهو عنصر موجود بزيت السمك قابل للذوبان في الكحول) ومن خلاصة الشعير ومن شراب التوت البري وجاسر وفسفات الكالسيوم والصودا — اما فائدته فحدث عنها ولا حرج فى علاج الضعف العام وفقر الدم وضعف الشهية يباع البلاتول فى زجاجات سعة ١٦ اوقيه

﴿ مرهم الكابسولين ﴾

مسكن سهل الاستعمال — تحضير معامل بارك ودافيز الكيماويه

CAPSOLIN (PARKE, DAVIS & Co.)

يحتوى مرهم الكابسولين على زيت راتنج الشطا والكافور وزيت التربنتينا وزيت الملالوك (زيت الكاجبوت) وزيت حب الملوك . وهو من احسن التراكيب المستعملة دهاناً لتسكين الالام الموضعية كالروماتزم المفصلي والآم الظهر والرضوض وامراض الجهاز التنفسي حادة كانت او مزمنة وغير ذلك . يباع الكابسولين داخل انابيب مرنه

العـدد الثالث — مارس سنة ١٩٢٣ — السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشاً فى القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات: ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة: ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثالث | مارس سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

محجر الطور

كأداة لمقاومة الاوبئة

«محاضرة القاها حضرة الزميل الدكتور شعبان هر يدى أمام الجلسة العلمية الحادية عشر للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية »

كلنا نعلم أهمية محجر الطور ليس فقط بالنسبة لمصر بل لكثير من بلاد الشرق وأوروبا ولكن أظن أن قليلا منا فقط يلم تماماً بحالة هذا المحجر على العموم وخصوصاً بالنظام المتبع هناك فى موسم الحج لدرء خطر الاو بئة (وخصوصاً الكوليرا) ولمنعها من الوصول الى القطر ومنه الى غيره من البلدان

وقد كنت شخصياً لغاية شهر اغسطس الماضى اعتقد أن الطور من أعظم ان لم يكن أهم محجر فى العالم ولم يكن ليدر بخلدى انه بالغ لهذه الدرجة من الكمال التى تجعله وافياً من كل الوجوه بالغرض الهام الذى انشئ لأجله

وليس هذا فكرى وحدى بل هو رأى كل من زار ودرس نظام هذا المحجر

وكلنا يعلم أن اللجنة الصحية التى أوفدتها عصبة الامم لدرس حالة محاجر الشرق اعترفت فى تقريرها ان محاجر مصر وخصوصاً الطور وافية تماماً بالمرام

وقد انتهزت فرصة وجودى بالطور فى موسم هذا العام — حيث كلفنى مجلس الصحة البحرية والكورنتينات بادارة مستشفى الجراحة — لدرس النظام المتبع هناك . وبما أن الحج كان نظيفاً فقد استعنت بخبرة وتجربة زميلنا الدكتور زيدان وكيل المحجر الذى ذهبت اليه أكثر من عشرين مرة لأحيط علماً بما يتخذ من الاجراءات فى حالة ظهور وباء فوافانى بما أريد وسأذكره لكم فى حينه .

وان مزيد اعجابى بما رأيت هناك هو الذى جعلنى احادثكم هذه الليلة فى هذا الموضوع الذى نعيره كلنا أهميته

وقد عرضت فكرتى على جناب الدكتور جرنفل رئيس مجلس الصحة البحرية والكورنتينات وعلى صاحب السعادة زنانيرى باشا السكرتير العام فقدما لى كل مساعدة وكلفا باشمهندس المصلحة بموافاتى بكل ماأطلب من الاستعلامات وقد اعارنى هذه الخريطة التى تسهل فهم كثير مما سألقيه عليكم فبالاصالة عن نفسى و بالنيابة عن جمعيتنا أقدم لهما أجزل شكر وثناء

الطور— بلدة واقعة على الشاطئ الأيمن من خليج السويس فى شبه جزيرة سيناء وهى تبعد نحو ١٢٥ ميلا من السويس تقطعها الباخرة فى نحو ١٤ ساعة

أما المحجر نفسه فهو بجوار هذه البلدة واقع على شاطئ البحر ومساحته تبلغ نحو اربعة كيلو مترات مربعة تقريباً

فاذا القينا نظرة على هذه الخريطة العمومية للمحجر نرى أن البحر يمتد على جهة من جهاته أما الجهات الاخرى فمحاطة بسياج من الاسلاك الضيقة التى تجعل عزلته تامة

وهذه الاسلاك منصوبة على أعمدة خشبية يبلغ ارتفاعها نحو الاربعة

امتار وفى مواضع مختلفة من هذا الحاجز توجد ابواب مغلقة يحرسها انفار من رجال البوليس ولا تفتح الا بأمر من ناظر المحجر أو من ينتدبه وذلك عند الضرورة

أما الميناء فلا يمكن دخول البواخر اليها الا نهاراً لعدم وجود انوار فيها يستدل بها ليلا على الطريق وبما أن بها صخوراً من المرجان فلا يمكن للبواخر الدنو من الارصفة بل ترسو بعيداً عنها بضع مئات من الامتار

ولنزول الحجاج الى المحجر يذهب الى الباخرة زورق بخارى يجر (قطيرات) تسع الواحدة من ٦٠ الى ٨٠ حاجاً تقريباً فتأتى بهم وترسو على احدى الارصفة الثلاث المخصصة لهذا الغرض

وأمام كل رصيف نرى بناء واسعاً يحتوى على آلة كبيرة (Etuve) لتطهير امتعة الحجاج بالبخار تحت الضغط وحمامات منفصلة للرجال وللنساء وهذه الابنية هى ما يسمونه هناك بالمباخر

وبجوار هذه المباخر شمالا نرى مبخرة أخرى لتطهير المواد الجلدية والاشياء الثمينة (التى يخشى تلفها اذا طهرت بواسطة البخار) بواسطة الفورمالين

وبجنوب المباخر نرى بناء المونوپول (أو مخزن المواد الغذائيـة وهو تابع لشركة مساهمة مكونة من أهل بلدة الطور وهذه الشركة متعهدة بتوريد المواد الغذائية للحجاج ولموظفى المحجر بأثمان محددة وهى تحت اشراف وزارة الداخلية فى شخص مندوبها مأمور الحج والكورنتينات) والخبز الذى تقدمه هذه الشركة يصنع داخل المحجر يومياً من دقيق يكون سبق تحليله بالمعمل وأما اللحوم فتباع يومياً حيث يذبح العدد الكافى من المواشى فى مجزر المحجر

وبجوار المونوپول نرى منزل رئيس الميناء فمعمل اصنع الثلج فورشة للحدادة والبرادة فمكتب الصحة فالآلات لتوليد الكهرباء فمنزل ناظر المحجر

وامام مكتب الصحة نرى مكتب البوستة والتلغراف ومنـازل مخصصة لسكنى بعض الموظفين ومخازن للخيـام يليها — منفصلة عنها — مخازن المواد الملتهبة

وامام ذلك فضاء واسع نرى فيه حديقة صغيرة ونخيل

ويلي ذلك الفضاء ما يسمى بالحزايات وهى المحال المخصصة لسكنى الحجاج مدة الحجر الصحى ويبلغ طول كل واحد ٢٥٠ متر وعرضه ٥٠ متر و بين كل حزاً وآخر فضاء يماثله طولا وعرضاً مما يجعل العزلة تامة

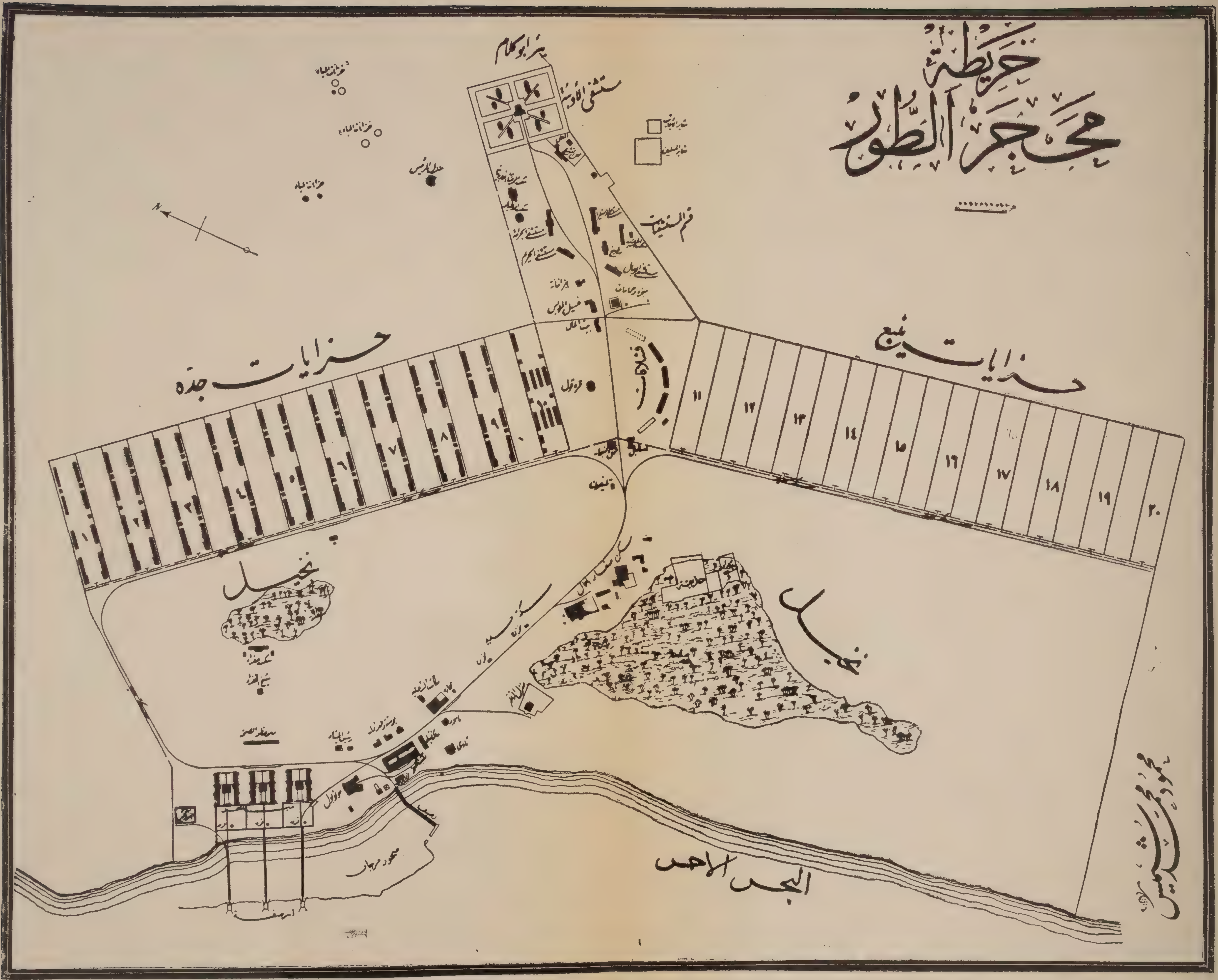
وهذه الحزايات منفصلة عن بقية اجزاء المحجر بواسطة اسلاك منصوبة على أعمـدة خشبية يبلغ ارتفاعها اربعة امتار ولـكل حزا باب واحد يقوم بحراسـته وقت اقامة الحجاج نفر من البوليس فلا يتأتى لأى حاج اجتيازه وبذلك لا يخشى اختلاط الحجاج ببعضهم قبل انتهاء مدة الحجر أو اختلاطهم بغيرهم من الموجودين بالمحجر

ويبلغ عدد هذه الحزايات عشرين اقيمت مبان فى عشرة منها منذ بضع سنين لايواء الحجاج داخلها وخصص بناء لركاب الدرجة الاولى وآخر لركاب الدرجة الثانية والابنية الباقية وعددها ست مخصصة لركاب الدرجة الثالثة وهم الاغلبية العظمى

هذا عدا محل اقامة طبيب الحزا والمحل الخاص لمبيع المأكولات والحمامات والمراحيض ويسع كل حزا نحو ثمانمائة حاجاً تقريباً

أما العشرة حزايات الاخرى فلا بناء فيها بل تنصب بها خيام عند ما يكون عدد الحجاج كبيراً (كما كان يحصل قبل الحرب حيث كان عدد الحجاج يزيد عن الثلاثين والاربعين الفاً) ويقيم بهذه الحزايات عادة الحجاج غير المصريين (كالروسيين والفرس والاكراد)

وبين الجناحين المكونين بالحزايات نجد محل التليفون العمومى وورشـة



خريطة
محجر الطور
بئر ابو كلام
حزايات جده
حزايات ينبع
نخيل
نخيل
البحر الاحمر
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

النجارة ومحل اقامة ضباط البوليس وبجواره بيت المال و يبعد عن ذلك قليلا القشلاقات المخصصة باقامة الجند المكلفين بحفظ النظام داخل المحجر

ويلى الحزايات قسم المستشفيات وتوابعها وهو منفصل عن غيره من اقسام المحجر بنفس الحواجز السلكية السابق وصفها

ويحتوى هذا القسم على اربع مستشفيات اثنين منها للامراض الباطنية (مستشفى للرجال وآخر للحريم) ومستشفى للجراحة وهو منقسم الى جناحين (للرجال وللحريم) تفصلهما حجرة العمليات وهى مستوفية لكل الآلات الجراحيـة والمستشفى الرابع مكون من طبقتين كبيرتين وهو خاص للمصابين بالدوسنطاريا وهم كما تعلمون كثيرون

وبجوار مستشفى الحريم بنيت الاجزخانة وهى حاوية لكل العقاقير وانابيب المصل المتنوعة والحقن وغير ذلك حتى انابيب الاوكسچين

ويلى مستشفى الدوسنطريا المعمل البكتريولوجى وهو لا ينقصه شىء من كل ما يلزم لمعمل عظيم الشأن وبجوار المعمل نرى الحجرة الخاصة لعمل الصفة التشريحية

ويوجد بجوار باب هذا القسم (قسم المستشفيات) بناء مبخرة يحتوى على حجرتين للكشف على المرضى قبل ارسالهم الى المستشفيات وحمامين وآلة (Etuve) لتطهير ملابس المرضى بواسطة البخار

وامام المبخرة نرى الماكينات الخاصة بغسيل الملابس الغير ملوثة

هذا عدا المنزلين الخاصين بسكنى الاطباء وسكنى الممرضات الاوربيات (وكلاهما متوفرة فيـه أسباب الراحة من كل الوجوه) والمبانى المعدة لسكنى الممرضين والخدم وكذا المخازن والمطابخ وغيرها

ويلى قسم المستشفيات فى اعلا نقطة من المحجر القسم الخاص بالامراض الوبائية (الجدرى والطاعون والكوليرا الخ) وهو مكون من ثمانية مبان كل

منها مقسم الى حجر وقد اتخذت كل الاجراءات لا لعزل هذا القسم عن بقية المحجر فحسب بل لعزلها عن بعضها بفضاء واسع زيادة فى الاحتراس

وفى جنوب هذا القسم خارجاً عن حدود المحجر ببضع مئات من الامتار نرى مقبرة كبيرة لدفن موتى المسلمين وبالقرب منها مقبرة أصغر خاصة بموتى المسيحيين (من عمال المحجر أو البحارة)

وعن شمال المحجر بناء المنزل الذى يسكنه رئيس مجلس الصحة البحرية والكورنتينات حين وجوده بمحجر الطور

ولتقريب المسافات ولسهولة نقل الحجاج مد بالمحجر خط حديدى ضيق يسير عليه قطار بخارى يجر عربات مكشوفة لنقل الحجاج ومتاعهم وعربات مغطاة لنقل الجثث والمرضى على نقالات

وعلى هـذه السكة الحديدية تجرى عربات صغيرة (ترولى) يدفعها خدم مأجورون خصيصاً لهـذا الغرض لنقل الاطباء وكبير موظفى المحجر من مكان لآخر

أما ماء الشرب فيؤخذ من بئرين بواسطة طلمبات تدار بالبخار تقذفه داخل انابيب توصله الى خزانات واسعة محكمة الغلق كائنة فى أعلا نقطة بالمحجر ومن هناك ينصرف الماء داخل انابيب أخرى توصله الى كل مكان

هذا عدا الطلمبات المسلطة على البحر لجذب الماء المالح وتوصيله الى خزانات أخرى وهذا الماء يستعمل فقط لقذف القاذورات داخل مجارير تذهب بها الى داخل البحر على بعد كبير من الشاطئ

وماء الشرب حسن المذاق ولم يظهر فيـه التحليل البكتريولوجى أى أثر لميكروبات ضاره وهو معدنى يحتوى على نحو ٠,٧٠ سنتجرام من كلورور الصوديوم فى اللتر

والمحجر كله مضاء بالنور الكهربائى

فمن هذا الوصف الموجز نرى أن حالة المحجر المادية موجبة لغاية الرضى خصوصاً اذا عرفنا أن أكثر هـذه المبانى لم ينشأ الا منذ بضع سنوات كان قبلها الحجاج بل الاطباء ورئيس المجلس نفسـه يقيمون داخل الخيام . وان المجهودات العظيمة والاموال الطائلة التى صرفت بسخاء على هذا المحجر جعلت فيه أسباب الراحة متوفرة ووسائل العلاج والوقاية تامة فهو من كل الوجوه جدير بالانتساب لمصر والمصريين

أما الآن وقد علمتم حضراتكم تنسيق هـذا المحجر فسيسهل عليكم فهم الاجراءات المتبع أخذها مع الحجاج من الوجهة الطبية وهـذا هو القصد من محاضرتى

بمجرد قدوم باخرة الى ميناء الطور يخبر رئيس الميناء ناظر المحجر بوصولها فيركب هذا الاخير زورق المصلحة البخارى ومعه وكيله والموظفون المنوط بهم هذا العمل ويذهبون اليها

فيبدأون بمقابلة ربان الباخرة وطبيبها ويطلعون على سجل الباخرة ويستعلمون عن عدد الحجاج وعن حالتهم الصحية طول مدة السفر فان كانت حصلت وفاة فى الطريق سألوا عن سببها وان كان بالباخرة مرضى فعن نوع المرض وغير ذلك من الاجراءات

فان كان بالباخرة مرضى أو جثث يبـدأ بانزالهم الى المحجر حيث يكون القطار بانتظارهم على المرفأ ليذهب بالجثث الى المشرحة وبالمرضى الى (مبخرة) المستشفيات حيث يفحصهم الطبيب المختص بذلك ويشخص مرضهم

وبعد الـكشف تخلع كل ما عليهم من الملابس لتطهيرها ويأخذ مندوب من بيت المال (التابع لوزارة الداخلية) أمام ضابط من ضباط البوليس بياناً بمتاع ونقود كل مريض ليسلم اليه حين خروجه من المستشفى أو لتوصيله الى ورثته الشرعيين اذا توفى

أما اذا كان مع المرضى مأكولات أو ملابس عتيقة ملوثة فتعدم حرقاً بأمر الطبيب

وبعد هذه الاجراءات تدخل المرضى الى الحمامات لتنظيفهم ومن هناك ينقلون الى المستشفيات الخاصة بعلاج مرضهم

أما بقية حجاج الباخرة فينزلون زرافات الى مرفأ واحد من المرافئ الثلاثة سابق ذكرها حيث توصلهم اليها قطيرات تسع الواحدة نحو ٨٠ حاجا . و بعد نزول الحجاج تطهر كل حجر وعنابر الباخرة ويرسل متاع وفرش النوتية الى المبخرة لتطهيره

وبمجرد نزول الحجاج الى المحجر تتخذ معهم الاجراءات الادارية للاطلاع على جوازاتهم ثم يدخلون أفواجاً (٥٠ كل مرة) الى المبخرة حيث توضع ملابس كل حاج داخل كيس بشكل (شبكة) لتطهيرها و فى ذلك الوقت يدخلون الى الحمامات لتنظيف جسدهم وعند خروجهم تعطى لهم ملابس معقمة من المصلحة يذهبون بها ليستلموا متاعهم مطهراً

و يجرى كل ذلك تحت مراقبة طبيب يرسل الى المستشفى كل من اشتبه فيه من الحجاج (واذا وصلت الميناء باخرتان أو ثلاث بواخر فى وقت واحد فينزل ركاب كل باخرة الى مرفأ واحد بحيث لا يختلط ركاب باخرة بركاب أخرى)

وبعد هذه الاجراءات يكون القطار بانتظارهم على باب المبخرة فينقلهم وأمتعتهم الى الحزايات حيث يقيم ركاب كل باخرة فى حزا أو اثنين (اذا كان عددهم كبيرا) ولا يوضع ركاب باخرتين مختلفتين فى حزا واحد قط

ويبقى الحجاج داخل الحزا لا يسمح لهم بالخروج منه أو الاختلاط بغيرهم طول مدة الحجر القانونية و يكونون تحت مراقبة طبيب يساعده ملاحظون صحيون

فبعد دخولهم جميعاً الى الحزا يغلق الباب و يبدأ الطبيب باحصائهم لمعرفة عدد الرجال والنساء والاطفال

ويكشف الطبيب على الحجاج يومياً (وتقوم طبيبة بالكشف على الحريم) وكل حاج تظهر عليه أعراض المرض يرسل حالا الى قسم المستشفيات مصحوبا بملحوظة كتابية من طبيب الحزا وهناك يفحصه الطبيب المختص ويتخذ معه الاجراءات الآنف ذكرها (تطهير الملابس والاستحمام الخ) قبل ارساله الى المستشفى

وتعمل عملية الاحصاء بالحزايات يومياً ليتأكد طبيب الحزا أنه لا ينقص أحد واذا وجد نقصاً فليعرف سببه اذ انه حصل منذ سنين (كما قيل لى) فى وقت وباء أن الحجاج كانوا يدفنون سراً من يموت منهم ليلا لكى لا يعاد عليهم الحجر الصحى

فاذا انتهت مدة الحجر ولم يظهر وباء يسمح للحجاج بالرجوع الى بلادهم بعد اتخاذ الاجراءات الادارية وتسليمهم جوازاتهم

أما المرضى الذين يرسلون الى المستشفيات فتتخذ معهم اجراءات أخرى أهمها ارسال برازهم الى المعمل لفحصه وذلك مهما كان نوع المرض الذين دخلوا بسببه الى المستشفى فمن تظهر اصابته بالدوسنطاريا يرسل الى المستشفى الخاص بعلاج هذا المرض وأما من يوجد ببرازه ميكروب الكوليرا فيعزل حالا بقسم الأوبئة حيث يقيم فيه الى ان يندثر الميكروب من البراز بأن يعطى التحليل البكتريولوجى نتيجة سلبية مراراً متوالية

وقد حصل هـذا العام ان اثنين من المصابين بالدوسنطاريا وجد ببرازهما Vibrion ورغما عن أنه لم تكن فيه خاصية التجمع (Agglutination) وهى كما تعلمون من أهم خاصيات ميكروب الكوليرا — فان هذين المصابين عزلا بقسم الاوبئة (رغما عن انهما لم يكونا مصابين بأعراض الكوليرا) وذلك الى أن اندثر الميكروب Vibrion من البراز الذى كان يرسل يومياً الى المعمل لتحليله وذلك لاعتبار هذين المصابين من حاملى الجراثيم Porteurs de germes

كل ما ذكرت من الاجراءات يتخذ حينما يكون الحج نظيفاً أما اذا كان ملوثاً فالاجراءات التى تتخذ تكون أشد كثيراً مما ذكر والمراقبة أعم وتطول مدة الحجر فبدل ثلاثة أو خمسة أيام تكون سبعة للأجانب وعشرة للمصريين يعاد تجديدها كلما ظهرت حالة وباء جديدة بين الحجاج (وتجدد مدة الحجر على الحزا الذى يكون قد ظهر فيه الوباء لا على غيره)

ولا يكتفى حينئذ بارسال براز المرضى فقط الى المعمل بل يرسل براز جميع الحجاج لفحصه حتى يمكن عزل حاملى الجراثيم حتى ولو لم يكونوا مصابين بأعراض الكوليرا و يرسل يومياً الى المعمل براز خمسمائة حاج تقريباً

وهاكم المتبع فى هذه الحالات :

يعطى لكل حاج يراد ارسال برازه الى المعمل وعاء مغطى بغطاء خشبى محكم للتبرز فيه وكل وعاء عليه نمرة ونفس هذه النمرة تعطى للحاج صاحب الوعاء فبعد التبرز ترسل الاوعية الى المعمل لفحص ما فيها

وكل براز وجد به ميكروب الدوسنطاريا أو الكوليرا يرسل الى المستشفى الخاص

ويجب مراقبة الحجاج حينئذ لأن بعض المرضى يغالطون فيأخذون وعاء جار لهم سليما وذلك لكى لا يرسلوا الى المستشفى ولكن حينما يرسل السليم الى المستشفى تظهر المغالطة ويخبر طبيب الحزا بذلك فيهتم لمعرفة المريض المغالط فان أمكنه الاهتداء اليه (وذلك بمراقبة من يكثر التردد الى المراحيض) ارسله الى المستشفى والا فان عمليـة التبرز فى الاوعية تعاد من جديد تحت مراقبته أو مراقبة ملاحظ يثق به

وقد كان عدد الحجاج الذين يمرون بمحجر الطور قبل الحرب يتفاوت بين العشرين والاربعين الفاً ولكن منذ الحرب قل عددهم لقلة الاجانب وقد كانوا

هذا العام ٨٤٨٠ حاجا منهم ٣٠٠٠ سورى و ٣٠٠ فلسطينى و ٣٠ عجمى و بعض اتراك وكرد الخ

وقد دخل منهم المستشفيات نحو ٢٠٠ تقريباً عملت لثلاثين منهم عمليات دخلوا بسببها الى مستشفى الجراحة هـذا عدا كثير ممن عولجوا أو عملت لهم عمليات بسيطة لا تستوجب دخولهم المستشفى

وقد شفى من المرضى ١٥ حاجا منهم ١٢ بالدوسنطاريا المزمنة وكان اكثرهم طاعنين فى السن أما الثلاثة الآخرون فتوفوا بالالتهاب الرئوى الحاد

وقد عملت للجميع الصفة التشريحية

وتوفى على ظهر البواخر ثلاثة انزلوا الى المحجر لدفنهم فى مقبرته وكانت الحمى التيفودية سبب الوفاة فى حالة من هذه الحالات والسل الرئوى فى الثانية وسدادة المخ فى الثالثة

وقد عزل بقسم الاوبئة أربعة حجاج اثنان منهم كانا مصابين بالدوسنطاريا ووجد فى برازهم Vibrion فاعتبروا من حاملى الجراثيم (وهما اللذين سبق ذكرهما)

أما الاثنان الآخران فانهما كانا يعالجان لاصابتهما بالالتهاب الرئوى فظهرت عليهما أعراض التهاب الغدد النكفية وتقيحها وقد عمل بذل فى هـذا الورم وبفحص الصديد وجد به ميكروب يشبه باشلس الطاعون ولـكن بتلقيح هذا الميكروب الى خنازير الهند Cobaye لم تظهر عليها أعراض الطاعون . وقد توفى الاثنان وبما ان هذين المصابين كانا على باخرتين مختلفتين ولم يختلطا ببعضهما . وبما انه بعمل الصفة التشريحية للاثنين واخذ عينات من دم القلب ومن داخل الرئة وجد فيه هذا الميكروب فقد تباحثنا كثيراً لمعرفة خواص هذا الميكروب ولـكن عدم حصول حالات جديدة لم تمكنا من الوصول الى نتيجة حاسمة

وقد وصل الى الطور بعد ذلك طبيب كان مقيما بالحجاز اخبرنا ان النزلة

الوافدة كانت منتشرة بجدة فهل كان هذا الميكروب هو المسبب لها ؟ هذا مالا يمكننا الاجابة عليه بصفة قاطعة ولكنه من الامور الجائزة

هذا ما رأيت واعجبنى فى محجر الطور اردت عرضه على حضراتكم فاذا زدت عليه ان فى النية بناء منزل خاص لامير الحج وكذا مطبخ فى كل حزا لكى يجهز فيه الحجاج طعامهم بدل تجهيزه فى أى مكان كان بالحزا رأينا ان جميع وسائل الراحة متوفرة فى هذا المحجر مما يجعل الحجاج يتحملون بدون عناء مدة الحجر حتى ولو كانت طويلة

أما من الوجهة الصحية فالمحجر بدون شك سد منيع وحاجز يصعب على الاوبئة اجتيازه وكفى بذلك ثناءاً على القائمين بشؤونه الذين لا يألون جهداً لجعله جديراً بمصرنا العزيزة

الجديد فى دراسة الدرجة الاولى

من الزهرى

وأهمية علاجه الاجهاضى

«محاضرة ألقاها الدكتور ابراهيم صبرى رئيس قسم الجلد بالمستشفى الأميرى باسكندرية فى الجلسة العلمية الثانية عشرة للجمعية الطبية المصرية باسكندرية فى ٢٧ يناير سنة ١٩٢٣ »

يحق لنا اليوم أن نتكلم عن شيء جديد فى دراسة الزهرى مرتاحين الى النتائج المدهشة وليدة الاكتشافات الحديثة التى ظهرت فى العشر سنوات الاخيرة . وأى نتيجة باهرة هذه ونحن ما كنا ننتظر أكثر من أن تحل عقدة الزهرى

ويقر بذلك علماء الزهرى الحاليين مثل فينجر (Finger) وكرله (Kyrle)

ننظر الآن الى الدرجة الاولى من الزهرى من وجهة تخالف بتاتاً تلك الوجهة التى كان ينظر اليها من نحو عشر سنوات تقريباً . فعلماء الزهرى القدماء مثل كابوشى (Kaposi) ونويمان (neumann) لم يعيروا هـذه الدرجة من المرض الا قليلا من الاهمية وكانت نظريتهم اذ ذاك أن يهملوا المريض المصاب بقرحة صلبة حتى يدخل فى الدرجة الثانية من المرض و يشمله الطفح وبعد ذلك يبتدئون فى معالجته معللين ذلك

أولا — باعتقادهم أنهم اذا عجلوا بمعالجة المريض فى ابتداء الدرجة الاولى يغيروا سير مرضـه الطبيعى و يضعفوا من قوة دفاع جسمه و يفقدوه خاصية عمل ال Autibodies

ثانياً — أنه لم يكن لديهم من الوسائل ما يؤكد تشخيص القرحة الصلبة وكثيراً ما كانوا يلجأون الى انتظار ظهور عوارض الدرجة الثانية ليتثبتوا من التشخيص خصوصاً فى الاحوال الكثيرة التى لم تأخذ فيها القرحة مظهرها الاكلنيكى المعتاد . و بما أنهم لم يكونوا على بينة من سبب الزهرة (أى الاولبيات الزهرية) كان من المستحيل عليهم عمل تشخيص قاطع فى تلك الاحوال ولطالما وقعوا فى حيرة فى التشخيص لا يحلها الا ظهور عوارض الدرجة الثانية

ثالثاً — أنهم لم يصادفوا فى تجاربهم فى معالجة الزهرى فى الدرجة الاولى مشجعاً فبالرغم من المعالجة يظهر الطفح وتظهر التقرحات غاية الأمر متأخرة قليلا عن موعدها

فلكل هذه الاسباب لم يكن للدرجة الاولى من المرض أهميـة فى أعين علمائنا القدماء وعليه فقد سقطت من تلقاء نفسها أما الآن وقد تغيرت هذه النظرية تغييراً كلياً وأصبحت الدرجة الاولى من المرض لها المركز الرئيسى من الاهمية الى حد أنه يمكننا أن نقول اليوم اعتماداً على المعلومات والاكتشافات

الحديثـة أن الدرجة الاولى من الزهرى هى أول وقت وأهمه للمعالجة حيث مستقبل المريض فى قبضـة يدنا تمـاماً لأننا بواسطة المعالجة الاجهاضية (Abortive Treatment) فى هـذا الوقت يمكننا استئصال المرض وشفاء المريض فمن ذلك نرى انه باتجاهنا نحو علاج الزهرى بينما لم يتعد الدرجة الاولى نكون قد قطعنا اكبر مرحلة فى مداواة المرض بل يمكننا أن نقول اننا قد فزنا بالنجاح التام . يتعين علىّ الآن تعريف الدرجة الاولى تعريفاً مضبوطاً وما نفهمه من هذه الجملة وما تشمله من الوقائع ولذلك أرانى مضطراً الى ذكر بعض ما هو معلوم :

تظهر القرحة فى محل التلقيح بعد مضى مدة محدودة نسميها مدة التفريخ (Incubation period) ولا بد لوجود خدش لدخول اللولبيات حيث أن الجـلد الذى ليس به خدش حاجز منيع للعدوى . فبعد دخول اللولبيات فى الخدش يندمل بعد يوم أو بعض يوم ثم يعود فيتقرح بعد اسبوع أو أكثر قليلا وفى هذه المرة لا يندمل ثانياً بل يربى حوله رشحاً مصليا وتجمعاً خلويا (Inpiltrati) ويكبر تدريجياً فى الحجم حتى الاسبوع الرابع من العدوى واليوم الذى يتم فيه تكوين القرحة (أربعة أسابيع تقريباً) نسميها مدة التفريخ الاولى 1st. Incubution period)

بانتهاء هذه المدة لا تنتهى الدرجة الاولى بل تبقى حوالى أربعة أسابيع أخرى نسميها مدة التفريخ الثانية (2 nd Inc. Per.) وعليه تكون مدة الدرجة الاولى من المرض حوالى ثمانية أسابيع تقريباً من يوم العدوى

ومدة التفريخ الثانية ملأى بالحوادث ذات الأهمية العظيمة

فاولا — يحصـل تغيير فى نفس القرحة فغالباً تزداد حجماً و يعلوها غشاء دفترويدى Diphtheroid أو غنغريني Necrotic

ثانياً — وأخص بالذكر تلك التغيرات التى تعترى الاوعية والغدد الليمفاوية فاللولبيات كما هو معلوم طفيلية على الاوعية الليمفاوية والانسجة الرابطة وبعد دخولها فى الجلد تقصد مباشرة المسافات الليمفاوية Lymph Spaces حيث تتكاثر ثم تتجول من محلها فى جدران الاوعية الليمفاوية الى أن تصل الى الغدد المجاورة وبذلك يحصل التفاعل اللولبى المخصوص فى الاوعية والغدد المجاورة. ولكن يصادف أحياناً أن تدخل اللولبيات فراغ الوعاء من مبدأ الامر. فيحملها التيار الليمفاوى فى اليوم التالى ليوم العدوى. وهذه التغييرات الاكلينيكية التى تعترى الاوعية والغدد الليمفاوية خاصة بالزهرى ولا تكون فى أى مرض سواه فتتورم الاوعية وتتصاب انما بشكل مخصوص ويبتدئ هذا التغيير فى مدة التفريخ الاولى ويتم فى مدة التفريخ الثانية ولكن كثيراً ما نجده كاملا بينما القرحة لا تزال فى ابتداء نموها. أما الغدد فتصير جامدة ومطاطة Hard and elastic واذا ضغط عليها لا تحدث ألماً ولا تلتهب ولا تربى صديداً بخلاف الحالة فى القرحة البسيطة. وهذا التغيير فى الغدد يحتاج طبعاً الى زمن أطول ليتم ولكنه قد يكون جلياً فى مدة التفريخ الثانية

ويدل موضع الغدد التى اعتراها اكثر التغيير (اعنى أكبرها حجما) على الجانب الذى به القرحة فمثلا اذا كانت القرحة فى الجهة اليمنى من القضيب نجد ان الغدد الأوربية اليمنى (Right - Inguinal glands) أكبر من التى فى الجهة اليسرى. ولكننا أحيانا نصادف عكس ذلك ففى هذه الاحوال المعكوسة تكون الاوعية الليمفاوية المبتدأة فى الجهة اليسرى من القضيب تصب فى الغدد الأوربية التى فى الجهة اليمنى وبالعكس. هذه نقطة جديرة بالذكر تسلمنا من الغلط فى تعيين مركز القرحة فى هذه الاحوال الغير عادية

وانتهز هذه الفرصة لاقول ان التغييرات التى تعترى الغدد هى أبقى علامات

الزهرى وأكثرها عنادا فبينما تدمل القرحة ويختفى الطفح والتقرح من الجلد والغشاء المخاطى . تبقى هى متأثرة ممـا أصابها مدة طويلة خصوصاً تلك الغدد المجاورة لمحل العدوى التى بالطبع اعتراها أشد التغيير . ولهذه النقطة ميزة فى الطب الشرعى فاحيانا يسأل الطبيب عما اذا كان شخص ما أصيب بزهرى أم لم يصب أو يسأل عن موضع التلقيح فى حالة ما . نضرب لـكل من هاتين الحالتين مثـلا

أولا — شخص أصيب بالزهرى منـذ عام وعولج كثيراً ولا أثر عنده للقرحة أو الطفح وتفاعل فاسرمان سالب وينكر أنه أصيب بزهرى قط شك فيه أنه مصدراً للعدوى . بالفحص لا يوجد عنده شىء سوى تورم فى الغدد الليمفاوية الاوربية (Inguinal) فهذه وحدها بالرغم من كل باقى النتائج السالبة تكفى أن تكون للطبيب سنداً قوياً ليشك فى أن الحالة زهرى

ثانياً — شخص مصاب بالزهرى يدعى أنه أصيب خارج أعضاء التناسل وبالفحص لا يوجد تغيير بالمرة أو ضعف فى الغدد المجاورة للمحل الذى يدعى أنه أصيب منه ولـكن يلاحظ أن الغدد الاوربية متورمة ففى هذه الحالة يمكننا أن نحكم بالتأكيد أن العدوى كانت من أعضاء التناسل

هذان مثلان فقط يتبين لنا منهما أهمية اعتبار تورم الغدد وما يدل عليه واختم القول فى هذا الصدد بأن أذكر أنه فى آخر مدة التفريخ الثانيـة يعم التغيير الغدد غير المجاورة مثل الغدد الابطية axullery والـكوعية cupital

ثالثاً — دخول اللولبيات فى الدورة الدموية وانتشارها بهذه الواسطة فى جميع أعضاء الجسم

متى تدخل اللولبيات الدورة الدموية ؟ هـذا سؤال لا يعرف الجواب عليه للآن ولو انه لدينا من التجارب العملية والملاحظات الاكلينيكية مايثبت ان عدداً قليلا من اللولبيات فى أحوال استثنائية يدخل الأوعية الدموية

مباشرة بعد العدوى أو بعدها بأيام قلائل كما يدخل بعضها الأوعية الليمفاوية كما ذكرنا وتتكاثر اللولبيات فى الدم أولا ببطء حيث فى المبدأ لا يأخذ الدم أى حالة خاصة Special activity لقتلها ثم تزداد مهاجرتها من القرحة الى الدم تدريجياً كلما قدمت العدوى . وخلاصة القول ان اللولبيات قد تدخل الدم مباشرة بعد العدوى ولكنه من المثبوت الآن وجود مواد لولبية فى الدم فى مدة التفريخ الاولى بينما القرحة لا تزال فى مبدأ تكوينها . هذه حقيقة مهمة جديرة بكل اعتبار . ولا تلبث تلك المواد اللوليبية تزداد فى مدة التفريخ الثانية من تكاثر اللولبيات بسرعة فى الدم وفى القرحة وفى الغدد وفى الأوعية الليمفاوية حتى آخر هذه المدة حيث تصل كمية هذه المواد فى الدم أقصى درجة لها . وبواسطة الدورة الدموية تنتشر اللولبيات فى جميع الانسجة وتتمكن من البقاء فى مستودعات عديدة فى الجسم ويبلغ هذا الانتشار أقصاه فى آخر مدة التفريخ الثانية ولكن قد يكون ذلك فى ظروف غير عادية بينما المريض لا يزال فى مدة التفريخ الاولى ولهذه الاحوال أهمية فى المعالجة الاجهاضية سيأتى الكلام عليها بعد .

ولا يظهر الطفح تواً عقب وجود اللولبيات فى الجلد بل لا بد من مرور زمن معين تتكاثر فيه اللولبيات فى مستودعاتها ومساكنها الجديدة فيحدث بعدئذ تفاعل موضعى فى الجلد يظهر لنا فى شكل الطفح وهنا تنتهى الدرجة الاولى من المرض ظاهرياً ولكنها فى الحقيقة قد انتهت فى اللحظة التى كثرت فيها المستودعات اللولبية فى انحاء الجسم أى قبل ظهور الطفح بزمن غير قصير . وعليه فقد يعتبر المريض الذى مضى عليه حوالى سبعة أسابيع من يوم العدوى من وجهة المعالجة الاجهاضية كأنه فى الدرجة الثانية تماماً بالرغم من أن الطفح لما يظهر لذلك الحين . فمما تقدم يتبين لنا أن المريض الذى يأتى الينا وهو فى وسط الدرجة الاولى يختلف عن المريض الذى يأتى الينا وهو فى آخرها فكلها

قرب المريض من نهايتها كلما زاد عدد اللولبيات فى جسمه وكلما كثرت مستودعاتها وصعب علينا استئصالها . وكلما كانت العدوى قريبة كلما كان انتشار اللولبيات قليلا وكلما حسن المستقبل Prognoris

فاذا اعتبرنا كل هذه الحقائق يتبين لنا أساس المعالجة الاجهاضية من تلقاء نفسه حيث ان مهمتنا تصبح قاصرة على مقاومة اللولبيات بكل سرعة ممكنة بعد العدوى ومنع انتشارها وتكاثرها فى الجسم واذا كان قد تم ذلك الانتشار (كما هى الحالة فى آخر الدرجة الاولى) فوجب أن نوقفه عند حده . فى هذه الكلمات القليلة تنحصر معالجة الزهرى فى الدرجة الاولى و باعتبارنا اياها قد فزنا بالنجاح التام. شكراً طبعاً لمفعول السلفرسان فى هذه الاحوال المبكرة حيث تتجلى قدرته فى قتل اللولبيات بشكل غريب و يتفوق على باقى العقاقير الاخرى تفوقا عظيما قد يجوز أن نصادف أحياناً نجاحاً اذا استبدلنا السلفرسان بالزئبق فى المعالجة الاجهاضية ولكن الاخير لا يضمن لنا نجاحاً ثابتاً فى جميع الاحوال و يكفى برهاناً على ذلك فشل المعالجة الاجهاضية بالزئبق قبل اكتشاف السلفرسان نأتى الآن بالنتيجة بالعملية فنقول: يجب علينا أن نبدأ المعالجة الاجهاضية بينما

لا يزال المريض فى الدرجة الاولى وان نعتبر ان أى تأخير فى ذلك يأتى عليه

بالوبال وأن نبذل جهدنا فى عدم ضياع تلك الفرصة التى فيها يمكننا أن نطهر المريض من نجاسة هذا المرض اللعين

نتكلم الآن على كيفية تشخيص الدرجة الاولى فنقول :

من الاحوال التى كمل فيها تكوين القرحة يكفى مظهرها الاكلينيكى المعتاد لاثبات التشخيص خصوصاً اذا كانت الغدد المجاورة متغيرة بالشكل المخصوص ولكن قد يصعب تشخيص القرحة الصلبة اكلينيكيا وهى فى ابتداء ظهورها حيث لم يتم تكوينها وكلما كانت قريبة العهد كلما زادت هذه الصعوبة

غير ان اكتشاف حقيقتها فى هذا الوقت من الأهمية بمكان عظيم جداً اذ بمعالجة الاحوال الزهرية منها بالطريقة الاجهاضية يمكننا شفاء المريض تماماً حسب ما ذكرنا . أما اذا أهمل الطبيب تشخيص هذه الاحوال وانتظر حتى يتم تكوين القرحة أو تظهر عوارض الدرجة الثانية فقد يعرض مريضه لاهوال هذا المرض ويجب أن يعد هذا الآن من اكبر الغلطات الفنية . نعم ان العلاقات الاكلينيكية فى أول ظهورها كثيراً ما تكون غير واضحة وكثيراً ما لا تزيد عن خدش صغير غير مؤلم ولا متصلب بالمرة أشبه شىء بفقاقيع ال (Herpes Blisters) ومن السهل أن يمر بدون ملاحظة ولكن أهمية اكتشاف هذه الاحوال لا تقل عن أهمية اكتشاف الأورام الخبيثة فى أول ظهورها ويساعدنا كثيراً على التشخيص امتحان الغدد الليمفاوية المجاورة اذ وجود غدة واحدة متغيرة بالشكل المخصوص يكفى لايجاد شك كبير فى أن الحالة زهرى ومتى وجد هذا الشك يوجه الطبيب والمريض عنايتهما للتأكد من الحالة وهذا طبعاً بالبحث عن اللولبيات الزهرية فى القرحة أو الغدد المجاورة وهناك جملة طرق مثل طريقة Burri او الحبر الهندى Indian Ink وطريقة Fontoun أو Silver imprignation وأحدثها وأفضلها طريقة تنوير اللوح المظلم Dark ground illumination حيث ترى اللولبيات حية تتحرك ويسهل تفريق اللولبيات الزهرية من اللولبيات الغير زهرية وهذه الطرق يعرفها كل من اشتغل بالزهرى ويضيق المقام عن ذكرها . غير انه يجدر بى أن أقول هنا أن العثور على لولبية Pallidum واحدة يكفى لاثبات التشخيص وان نتيجة سالبة واحدة — كباقى الاعمال البكتريولوجية — يجب أن ينظر اليها بعين الاحتراس ويجب فى هذه الحالة اعادة الفحص مرة ومرتين وثلاث مرات قبل أن يحكم الطبيب ان الحالة ليست زهرى وبالرغم من كل هذه النتائج السالبة يجب أيضاً تتبع سير الخدش واندماله

نأتى هنا بنقطة عملية وهى انه يجب ألا يوضع أى مطهر على الخدش المشتبه فيه قبل الفحص عن اللولبيات والعثور عليها واثبات التشخيص . فكثيراً ما نرى ان المريض يصاب بجرح فيذهب للطبيب فيضع عليه الأخير مادة مطهرة قوية أو مادة كاوية قبل أن يتأكد من الحالة . فهذا غلط محض وعلاج مضر من وجهته ولا حاجة اليه من الوجهة الاخرى . مضر فى أنه بعد وضع المطهر أو بعد الكى يتغير شكل القرحة الاكلينيكى أولا وثانياً لا يمكننا العثور على اللولبيات فى القرحة فيتعذر علينا اثبات التشخيص اللهم الا اذا أسعدنا الحظ بوجود اللولبيات فى الغدد المجاورة وفى ذلك ما فيه من الصعوبة . ولا حاجة الى هذا العلاج من الوجهة الاخرى مطلقاً سواء كانت الحالة زهرى أو غير زهرى اذ المعالجة الموضعية طبعاً غير كافية اذا كانت الحالة زهرى . واذا كانت الحالة غير زهرى فان معالجتها بمرهم بسيط مثل ٢ أو ٣ فى المائة حامض البوريك أسلم وفيه الكفاية . فتشخيص الدرجة الاولى مبنى على ثلاثة أشياء :

أولا — تطهير القرحة الاكلينيكى — وهذا محاط بالشكوك خصوصاً فى ابتداء ظهور القرحة

ثانياً — التغيير المخصوص الذى يعترى الجهاز الليمفاوى المجاور وهذا ملازم دائم للقرحة ودليل قوى على الاثبات

ثالثاً — البحث المجهرى (الميكرسكوبى) عن اللولبيات وهنا البرهان القاطع وليس لدينا خلاف ذلك ما يساعدنا على تشخيص الدرجة الاولى فامتحان الدم بطريقة فاسرمان أو بطريقة مينكه (meinke) كاداة لتشخيص الدرجة الاولى لا معنى له بالمرة . نعم يجب علينا أن نمتحن الدم فى كل أحوال الدرجة الاولى كل خمسة أيام تقريباً وبانتظام ولكن لسبب آخر ولمعنى آخر . نريد هنا أن نعرف تماماً هل مضى على العدوى زمن طويل ؟ أو بايضاح اكثر هل دخل المريض فى الدرجة الثانية سيرولوجيا (Serolojically) حيث على

هذه النقطة يتوقف نجاح أو سقوط المعالجة الاجهاضية . فمن المعلوم أن تفاعل فاسرمان يكون موجباً حوالى الاسبوع الثامن من العدوى أما قبل ظهور الطفح أو بعده مباشرة فالحالة التى تم فيها تكوين القرحة وتورمت الغدد وتفاعل فاسرمان موجب تعتبر تماماً كأنها فى الدرجة الثانية من المرض ولو أن الطفح لما يظهر لذلك الحين وعقلا يجب ألا نميز مطلقاً بين حالة كهذه وحالة فيها عوارض الدرجة الثانية من الوجهة السيرولوجية . فتفاعل فاسرمان الموجب يدل فوراً على أن المريض فى الدرجة الثانية ولو كان ظاهرياً فى الدرجة الاولى ولنضرب لذلك مثلا : حالة تكونت فيها القرحة ولكن لايزال تفاعل فاسرمان سالباً ابتدأنا فيها بالمعالجة الاجهاضية وشرعنا نمتحن الدم كل خمسة أيام بانتظام فاذا بنتيجة الامتحان الثانى أو الثالث موجبة بعد أن أخذ المريض حقنة أو حقنتين سلفرسان وبعد ذلك تستمر النتيجة موجبة لمدة ثم تعود ثانياً فتتحول الى سالبة فى أواخر شوط العلاج تحت تأثير مفعول السلفرسان وتشفى القرحة ولا يظهر الطفح مطلقاً . هنا أيضاً يجب أن نقول أن المريض أثناء المعالجة الاجهاضية دخل فى الدرجة الثانية سيرولوجيا . وعليه فلم تفلح المعالجة الاجهاضية فى هذه الحالة وهنا يجب أن يعالج المريض كأحوال الدرجة الثانية تماماً بالرغم من أنه لم يظهر عليه شىء مطلقاً من عوارض الدرجة الثانية وبالرغم من ابتداء المعالجة بينما كان تفاعل فاسرمان سالباً . فلو كنا فى مثل هذه الحالة أهملنا امتحان الدم كل نحو خمسة أيام بانتظام واكتفينا بامتحانه فى أول المعالجة مرة وفى آخرها مرة أخرى وكانتا هذان النتيجتان سالبتين لظننا أن المعالجة الاجهاضية نجحت وهنأنا المريض بالشفاء التام . ولكن للأسف لا يمر عليه عام أو اكثر أو أقل حتى يعود وبه عوارض الدرجة الثانية وتفاعل فاسرمان وقتئذ موجب لا يسع الطبيب اذ ذاك الا الحكم بأن المعالجة الاجهاضية عديمة الفائدة مؤيداً حكمه بنتيجة عملية كهذه . وهذا كما هو موضح فوق

حكم باطل فالغلطة من الطبيب اذ أنه لم يستعمل الطريقة الاجهاضية فى الدرجة الاولى الحقيقية . واكرر القول هنا أن المعالجة الاجهاضية فى الدرجة الاولى الحقيقية مشفية شفاء تاماً ومن غير استثناء والدرجة الاولى الحقيقية هى كل حالة زهرى فى ابتدائها وتفاعل فاسرمان سالب فى أول المعالجة الاجهاضية ويبقى سالباً طول مدة المعالجة الاجهاضية حتى آخرها فيدخل فى هذا التعريف طبعاً كل الاحوال التى فى مدة التفريخ الاولى وابتداء مدة التفريخ الثانية بخلاف الاحوال التى فى آخر مدة التفريخ الثانية حيث تختلف الاحوال .

هنا ترون أهمية امتحان الدم فى أحوال الدرجة الأولى وانما ليس كوسيلة للتشخيص بل كدليل مهم على عمر العدوى وعما اذا كانت الحالة فى الدرجة الاولى الحقيقية أم فقط ظاهرياً وعليه عما اذا كانت المعالجة الاجهاضية فى فى موضعها أم فى غير موضعها . وليس لدينا وسيلة أخرى خلاف تفاعلات فاسرمان أو تفاعل Meinke للتفريق بين الدرجة الأولى الحقيقية والدرجة الاولى الظاهرية فشكل القرحة الاكلينيكى وتغيير الغدد الليمفاوية لا يحددان عمر العدوى ولايدلان اذا كانت الحالة درجة أولى حقيقية أم تعدتها . اذ من المحتمل أن تكون القرحة صغيرة جداً وغير واضحة والغدد قليلة التغيير ومع ذلك تكون الحالة قديمة وقريبة الدخول فى الدرجة الثانية . وتعليل ذلك بسيط فحجم القرحة ومقدار تغيير الغدد الليمفاوية يتوقفان من وجهة على تكاثر اللولبيات موضعياً فى القرحة أو الغدد وعلى تفاعل جسم المريض ضد اللولبيات من الوجهة الآخرى (Individual dis porition)

نأتى الآن بالبرهان على نجاح المعالجة الاجهاضية :—

من ضمن قوانين الوقاية ضد الزهرى (Immunity against syplulis) انه لا أحد غير قابل للعدوى بالزهرى ألا من هو مصاب بالزهرى وأن المصاب بالزهرى اذا لقح ثانياً باللولبيات فتكون نتيجة التلقيح حسب درجة مرضه

أعنى أنه أذا لقح وهو فى الدرجة الاولى الحقيقية تظهر قرحة محلّ التلقيح واذا لقح وهو فى الدرجة الثانيـة يظهر (Papule) واذا لقح وهو فى الدرجة الثالثة يظهر ورم صمغى (Gumma) أى انه محال أن يلقح أنسان وهو فى الدرجة الثانية أو الثالثة من المرض مثلا وتظهر قرحة محل التلقيح وانما تظهر القرحة فقط فيمن كان سليما من الزهرى أو فيمن لا يزال فى الدرجة الاولى الحقيقية من المرض . . . الآن يعالج المريض معالجة اجهاضية ويذهب من حيث أتى وأذا به يعود ثانياً بعد عام أو عامين أو اكثر مصاباً بقرحة صلبة واذا أهملنا معالجته قليلا يدخل فى الدرجة الثانية من المرض ويظهر عليـه الطفح وباقى علامات الدرجة الثانية . فمـا معنى هذا ؟؟

هذا ليس له سوى معنى واحد وهو أن هذه القرحة لا بد أن تكون عدوى جديدة وأن المريض قبل اصابته بهذه العدوى الجديدة كان سليما من الزهرى أو بمعنى آخر أن المعالجة الاجهاضية التى عملت له فى اصابته الاولى كانت شافية تماماً . مثل هذه الأحوال كثير الآن .

هنا وقد أنتهيت من ايضاح موضوع المحاضرة لا يسعنى الا أن اختم كلامى مكرراً على مسامعكم أهمية اعتبار الدرجة الاولى من الزهرى حيث مستقبل المريض فى قبضة يدنا تماماً وتمام شفائه سهل علينا . فكروا قليلا فى عواقب هذا المرض تروا أنه قد يكون أساساً لكثير جداً من الأمراض الأخرى وليس هذا فقط بل وأمراض الجهاز العصبى والجنون وأخص بالذكر منها الشلل العمومى للمجانين (Tabs Dorsales (G.p.I. فلكل هذه الامراض قد وجدنا طريق الشفاء وحسبنا بذلك نتيجة ولا خوف علىّ اليوم ان أرمى بأنى متفائل أو واهم فى كلامى هذا .

الحمى الراجعة فى مصر

بحث فى تاريخها واسبابها واعراضها وطرق انتقالها

مع ذكر مماثلتها للحمى الراجعة فى تونس والجزائر وممالك أفريقيا الشمالية

(تابع ما قبله)

للدكتور كامل يعقوب

طبيب مركز شبراخيت

---

(١٥) مماثلة الحمى الراجعة بمصر للحمى الراجعة بتونس والجزائر وممالك افريقا الشمالية

فى عام ١٩١٠ كان الطبيبان الفرنسيان سارچان وفولى (٢١) Sergent & Foley يقومان ببعض الابحاث الخاصة بالحمى الراجعة التى ظهرت بشكل وبأى فى ذلك العام فى أوران الجنوبية من بلاد الجزائر . فظهر لهما أثناء البحث أن سبيروكيتا الحمى الراجعة فى الجزائر يمكن نقلها مباشرة من الانسان للقرد ولكن لا يمكن نقلها من القرد للقرد بالتسلسل وانه يمكن نقلها من الانسان لفيران الحقل وفيران المنزل ولكن لا يمكن نقلها من أحد هذه الحيوانات للآخر بالتسلسل . وقد أمكنهما نقل سبيروكيتا الحمى الراجعة فى الجزائر الى قرد فى دور النقاهة من الحمى الراجعة الأوروبية . وظهر لهما أن سبيروكيتا الحمى الراجعة فى الجزائر لا تتأثر بمصل الحيوانات التى فى حالة مناعة ضد النوع الروسى من الحمى الراجعة بينما سبيروكيتا النوع الأخير تفقد حركتها وتجمع وأخيراً تموت بواسطة هذا المصل فى حين أنها لا تتأثر بمصل الحيوانات التى فى حالة مناعة ضد النوع الجزائرى من الحمى الراجعة . وقد استنتج المؤلفان من هذه الابحاث ان نوع الحمى الراجعة فى الجزائر يختلف عن الانواع الأخرى وأطلقا الاسم « سبيروكيتا بربيرا » Sp. berbera على اللولبيات المسببة لهذا المرض

وفى سنة ١٩١١ نشر بلفور (Balfour) (١٠) بحثا عن بعض حالات قلائل من الحمى الراجعة فى مدينة الخرطوم أصيب بها بعض المصريين بعد أن أخذوا العدوى من مصر قبيل سفرهم للسودان . وقد تمكن بلفور من نقل العدوى من الانسان لبعض حيوانات الحقل (Gerbillus Pygargus) بعد

دور الحضانة وقدره يومان وكذلك من هذه الحيوانات لبعضها بالتسلسل .
وأمكنه كذلك نقل السبير وكيتا للقرد بعد دور حضانة حوالى أربعة أيام .
ولما أراد تلقيح قرد ثان من القرد الأول كانت النتيجة سلبية ولكن يلاحظ
انه فى وقت التلقيح كانت السبيروكيتا قد اختفت من دم القرد الأول ولو أن
الحرارة كانت لا تزال مرتفعة وقد علق بلفور أهمية كبيرة على هذه النتيجة
السلبية خصوصاً وانها كانت سلبية كذلك فى النوع الجزائرى طبقاً لابحاث
سارجان وفولى . وبعد مقارنة النوع المصرى بالأنواع الاخرى كان يميل
للاعتقاد بمماثلة الحمى الراجعة فى مصر للنوع الجزائرى

وقد ازداد هذا الموضوع وضوحاً بابحاث نيكول و بليزو فى تونس عام
١٩١٢ (Nicolle & Blaizot) (٢٩) اذ تمكنا من نقل سبيروكيتا الحمى الراجعة
من الانسان للقرد ومن القرد للقرد بالتسلسل حتى سبع قرود وكانت العدوى
فى القرد السابع شديدة كالعدوى فى القرد الأول . وباستعمال مقادير كبيرة
من دم المصابين أمكنهما نقل السبيروكيتا من الارانب لبعضها . أما فى حالة
الفيران فقد كانت تأخذ العدوى بشدة بعد مرور السبيروكيتا فى القرد أولا
أما اذا لقحت من الانسان مباشرة كانت العدوى خفيفة فى فيران الحقل وتكاد
تكون معدومة فى فيران المنزل

واذا راجعنا نتائج التجارب التى أجريناها على الحيوانات فى الصفحات
السابقة اتضح لنا مطابقتها للنتائج التى وصل اليها نيكول و بليزو فى النوع
الجزائرى . ومن دواعى الأسف عدم وجود الفرصة لمشاهدة تأثير المناعة
بالنسبة للأنواع المختلفة للحمى الراجعة . على انه واضح من وصف السبيروكيتا
المورفولوجى ونتائج تلقيح الحيوانات ومن مقارنة سير المرض وطرق العدوى
والمركز الجغرافى ان الحمى الراجعة فى مصر مماثلة للحمى الراجعة فى ممالك افريقا
الشمالية وليست مماثلة للحمى الراجعة الأوربيه وانها نتيجة العدوى بسبيروكيتا
بربيرا (Sp. berbera) وليس سبيروكيتا اوبرمير (Sp. obermeieri) واذا
لاحظنا التاريخ القديم للحمى الراجعة فى مصر أمكننا الاستنتاج انها انتقلت
من مصر بواسطة الحدود الغربية الى طرابلس ومنها الى تونس والجزائر
والجداول الآتية هى لمقارنة أنواع الحمى الراجعة مع بعضها

	النوع الافريقى الشمالى (سبيروكيتابربيرا)		النوع الاوروبى (سبيروكيتا اوبرمير)	النوع الافريقى (سبيروكيتا دتونى)	النوع الامريكى (سبيروكيتا نوفى)	النوع الاسيوى (سبيروكيتا كرتو)
	النوع المصرى	النوع الجزائرى				
الطـول الادنى للسبيروكيتا	من ١٢ الى ١٣/٥ ميكرو ملليمتر (بلفور)	١٢ ميكر و ملليمتر	١٢ ميكر وملليمتر	من ٧ — ٩ ميكرو ملليمتر	من ٧ — ٩ ميكروملليمتر	١٢ ميكروملليمتر
شكل السبيروكيتا	تعاريج واسعة غير منتظمة	تعاريج واسعة غير منتظمة	لولبى	تعاريج واسعة	لولبى منتظم	تعاريج واسعة
الحيوانات الممكن تلقيحها	القرد (بسهولة) والفيران وخنازير الهنـد والارانب (بصعوبة)	القرد (بسهولة) والفيران وخنازير الهند والارانب (بصعوبة)	الفيران بعد مرور السبيروكيتا فى القرد	الفيران وحيوانات أخرى	الفيران (بسهولة)	الفيران بصعوبة

شكل المرض عند الحيوان	خفيف	خفيف	خفيف	شديد جداً	شديد	خفيف جداً
التلقيح من الحيوانات لبعضها	ايجابى من القرد للقرد ومن الارنب للارنب وسلبى من الفيران لبعضها ومن خنازير الهند لبعضها	ايجابى من القرد للقرد ومن الارنب للارنب وسـلبى من الفيران لبعضها	ايجابى من القرد للقرد ومن الفار للفار	ايجابى من القرد للقرد وكذلك فى اغلب الحيوانات	ايجابى من القرد للقرد ومن الفار للفار	ايجابى من القرد للقرد ومن الفار للفار
دور المرض عند الانسان	شـديد نوعاً	شديد نوعا	نكسة أو أثنتان	شديد اربعة اوخمسة نكسات	؟	شديد نكسة أو اثنتان
السبير وكيتا فى الدم	تختلف	تختلف	بكثرة	قليلة جداً	؟	تختلف

	النوع المصرى	النوع الجزائرى	النوع الأوروبى	النوع الافريقى	النوع الامريكى	النوع الاسيوى
طريقة العدوى	بواسطة القمل	بواسطة القمل	؟	بواسطة القرد	؟	بواسطة القمل ؟
تأثير المصل الحائز للمناعة لكل نوع على سبيرو كيتا الانواع الأخرى	؟	لا يؤثر على سبيروكيتا أوبرمير	لا يؤثر على سبير وكيتا نوفى أو دتونى	لا يؤثر على سبير وكيتا نوفى أو أوبرمير	لا يؤثر على سبيروكيتا أوبرمير او دتون او كارتر	لا يؤثر على سبير وكيتا نوفى
مدة دور الحضانة عند الانسان	من ٣ الى ٨ أيام	؟	من ٥ الى ٧ ايام	من ٧ الى ١٠ ايام	من ٥ الى ٧ ايام	٧ أيام
مدة النوبة الاولى	من ٥ — ٧ أيام	من ٥ — ٧ أيام	من ٥ — ٦ ايام	٣ ايام فى المتوسط	من ٥ — ٦ ايام	من ٥ — ٧ أيام

عدد النكسات	نكسة واحدة فى ٥/ ٥٤ ./. من الحالات. ونكستان فى ١٥ ./. وثلاث نكسات فى ٥/ ١ ./. واكثر من ثلاث نكسات ونصف فى المائة	نكسة أو نكستان ويجوزا كثر من ذلك	نكسة او نكستان	من ثلاث الى خمس نكسات واحيانا الى احدى عشر نكسة	نكسة وفى النادر من اثنين الى خمسة	نكسة فى ٤٠ ./. من الحالات ونكستان فى ٧ ./. وثلاث نكسات فى ٣ ./.
عدم وجود نكسه	فى ٥/ ٢٨ ./. من الحالات	؟	؟	؟	فى كثير من الحالات	فى ٥٠ ./. من الحالات
القشعريرة والعرق	يحدثان	العرق يحدث واما القشعريرة فلم تذكر	يحدثان	القشعريرة فى ٥٠ ./. من الحالات والعرق يحدث	يحدثان	بكثرة

	النوع المصرى	النوع الجزائرى	النوع الأوروبى	النوع الافريقى	النوع الامريكى	النوع الاسيوى
آلام العضل والمفاصل	موجودة فى أغلب الحالات	موجودة فى أغلب الحالات	موجودة	موجودة فى غالب الحالات	موجودة	موجوده فى أغلب الحالات
النوع التيفودى الصفراوى	يحدث	لم يذكر	يحدث	؟	يحدث	يحدث فى ١٠ الى ٢٠ ٪ من مجموع الحالات
قلة عدد النبض بعد السجران	يحدث	لم يذكر	يحدث	؟	يحدث	يحدث دائماً
اللسان	رطب وأبيض فى الحالات الخفيفة واسمر ومشقق فى الحالات الشديدة	رطب وأبيض	رطب الا فى الحالات الشديدة	؟	رطب الا فى الحالات الشديدة	رطب الا فى الحالات الشديدة

الشهية	ضعيفة وفى النادر قوية جداً	لم تذكر	ضعيفة وفى النادر قوية جداً	؟	ضعيفة	ضعيفة وفى النادر قوية
اليرقان	يحدث فى ٨ر٧ ٪ من مجموع الحالات	خفيف ونادر	خفيف الا فى الحالات الشديدة	نادر	خفيف الا فى الحالات الشديدة	يحدث فى ٧٥ ٪ من مجموع الحالات
قئ الصفرا	يحدث	لم يذكر ولكن القئ يحدث	يحدث	يحدث فى النادر	يحدث	يحدث فى ٧٥ ٪ من الحالات
الاسهال	يحدث	نادر	يحدث	يحدث دائماً فى منطقة الكونجو ويندر فى الجهات الآخرى	خفيف	يحدث فى ١٢ ٪ من الحالات
نفاخ البطن	يحدث	يحدث بكثرة	يحدث	؟	يحدث	يحدث

	النوع المصرى	النوع الجزائرى	النوع الاوروبى	النوع الافريقى	النوع الامريكى	النوع الاسيوى
الفواق	يحدث	لم يذكر	يحدث	يحدث	يحدث	يحدث كثيراً
نزيف المعدة والامعاء	القئ الدموى يحدث نادراً	لم يذكر	يحدت نادراً	؟	يحدث نادراً	يحدث
حالة الـكبد	تضخم عند وجود ألم عند الضغط	تضخم عند وجود ألم عند الضغط	تضخم	تضخم	تضخم	تضخم وألم عند الضغط
حالة الطحال	»	»	»	»	»	»
التهاب الغدة النكفية	يحدث	؟	يحدث	؟	؟	يحدث فى ١٠٪ من الحالات
حالة البول	يوجد الزلال فى ٢٠٪ من الحالات	البول غامق وبه زلال خفيف وزيادة فى اليوروبيلين	غامق اللون وقليل الـكمية	؟	غامق اللون	غامق اللون وقليل الـكمية وبه قليل من الصفرا
البول الدموى	لا يحدث	؟	؟	يحدث	يحدث	يحدث

الرعاف	يحدث	يحدث	يحدث	يحدث	يحدث	يحدث فى ١٠ ٪ من الحالات
الاعراض الرئوية	تحدث	تحدب	تحدث	تحدث	تحدث	تحدث
الهذيان	يحدث	يحدث	يحدث	نادراً	يحدث	يحدث
الشلل الوجهى	شوهد شلل العضلة الدالية والعضلات المعينة	لم يذكر	؟	يحدث	؟	لم يشاهد
احتقان العينين	يحدث	يحدث	يحدث	يحدث بكثرة	يحدث	يحدث فى ١ ٪ من الحالات
هر بس الشفتين	«	»	«	؟	؟	يحدث
نسبة الوفيات	اقل من ٢ ٪ فى الحالات الخفيفـة ومن ٢ الى ٦ ٪ فى الحالات الشديدة	لم تحدث وفاة فى ٤٢ حالة	اقل من ٥ ٪	٦ر١٣ ٪	من ٢ — ٤ ٪	من ٣٠— ٤٠ ٪

(البقية تأتى)

الجزام

مترجمة باختصار عن البرس مديكال

للدكتور عبد الحميد جوهر

يوجد البرص فى جميع أنحاء العالم بدرجات مختلفة فيندر فى بعض الجهات بعد أن كان منتشراً ويكثر فى بعضها بعد أن كان نادراً أو معدوماً بالمرة وقد كان القدماء يخلطون بينه وبين الأمراض الجلدية المختلفة وكانوا يعتبرونه من أشدها عدوى بل وكانوا لا يعرفون مرضاً يحتاطون من عدواه سواه — وفى فرنسا كان البرص منتشراً جداً فى القرن السادس وقد عثروا على أوامر وقوانين خاصة به من عهد شرلمان ويحتمل أنه نقل اليها مع الراجعين من الحروب الصليبية وقد بلغ عدد المصابين به فى أوروبا سنة ١٢٢٦ — ١٩٠٠٠ نفس منهم ألفان فى فرنسا فقط الا أنه ابتدأ بعد ذلك يقل حتى انعدم من أوروبا تقريباً ولا يزال منتشراً جداً فى بعض جهات المعمورة

البرص مرض معدى ينقل بواسطة ميكروب اكتشفه هانسر سنة ١٨٧١ وهو يوجد فى الأعصاب وفى العقيدات الجلدية ويشبه كل الشبه باسيل كوخ الا أنه أقل منه طولا وأكثر سمكا وهو يتلوّن مثله بصبغات الأنيلين وبطريقة زيل نلسون (Zyhl Nilson) وبطريقة جرام الا أنه يفقد لونه بسهولة مع الاحماض وانه فى الحقيقة من الخطأ اعتبار هذين الميكروبين من نوع الباسيل فهما يختلفان عنه كثيراً وهما أكثر شبهاً للأكتينومايس (Actinomyces) وهذه هى فكرة كثير من علماء البكتريولوجى وقد اقترحوا تسميته (Mycobacteriun leprae) أما التجارب التى عملت على الحيوانات فليست ذات قيمة تذكر ولكن أحد الباحثين وصل الى نتيجة ايجابية بحقن ميكروب البرص فى نوع من القرد يدعى (Macacas sinensis) الا ان العقيدات الجلدية

التى نتجت لم تكن عند تشريحها تشريحاً دقيقاً لتشبه العقيدات التى تصيب الانسان

ويوجد البرص على شكلين أحدهما يصيب الجلد وينحصر فيه ويترتب على وجود العقيدات الجلدية السالف ذكرها والآخر يصيب الجهاز العصبى ويحدث فيه تغييرات كثيرة أهمها فقد الاحساس وقد يجتمع النوعان ويسمى حينئذ بالبرص المختلط

هذا ومع أن ميكروب البرص معروف جداً من زمن بعيد الا أن العلماء قد اختلفوا فى طريقة عدواه فبعضهم ينسبها للوراثة والبعض للعدوى بطريق اللمس ولكل من النظريتين من يؤيدها ولو أنه لا شك فى وراثة البرص الا أنه يظهر أن النظرية الثانية هى الأقرب للحقيقة

وميكروب البرص لا يجد له مرعى خصباً الا فى الانسان وينتشر فى أى بلد على أثر وصول مصاب به اليها فبعد زمن طويل أو قصير من وجوده ينتشر المرض بين أهالى الجهات المجاورة ومنهم الى غيرهم وهكذا

وعدوى البرص لا تأتى بمجرد اللمس فقط بل لا بد من شروط يستوفيها المجاور للمصاب حتى يأخذ العدوى وهذه لا تتأتى الا بطول الاقامة معه ولهذا السبب كانت نتيجة تجارب حقن ميكروب البرص فى السليم سلبية غالباً وقد تضاربت الآراء كثيراً فى امكان نقله بواسطة الحشرات

والبرص يصيب الانسان فى كل سن الا أنه يندر أن يأتى قبل سن الخامسة وليس للنوع أو الطقس أو الجنس تأثير عليه

ومما يجدر بالذكر مثالا لشدة عدوى المرض أن فى كلدونيا الجديدة لم يكن البرص معروفاً بالمرة ثم ابتدأ ينتشر بسرعة وبالاستقصاء على السبب فى ذلك علم أن رجلا مصاباً بالمرض كان قد أتى اليها وعاش بين أهلها لمدة سنتين ثم توفى وظهرت أول اصابة بعد موته بسنة وتوالت بعد ذلك الاصابات الى أن انتشر المرض لهذه الدرجة

ومع أن طريقة عدوى البرص غير معلومة تماماً كما أسلفنا الا أن هذا لا يمنعنا من أن نذكر ان خير علاج للوقاية من هذا المرض هي عزل المصابين تماماً ومنع اختلاطهم بالأهالى وهذه الطريقة ولو أنها صعبة الا أنه يجب مراعاة الدقة فى تنفيذها وفى الحقيقة لا يعلم قيمتها الا البلاد التى جربتها وأتت فيها بفوائد لا تنكر وبمرور الأيام سيعلم الجميع قيمتها ولا يعارضون فى اجرائها مهما كلفتهم ويجب عدم التصريح لهم بالاشتغال فى الحاجيات العادية التى يستعملها غيرهم من السليمين كالملابس والمآكل والأدوية وغيرها بل يجب ارسالهم الى احدى الجزر أو الجهات النائية حيث يشتغلون بالزراعة ويأكلون من خيرات أرضهم ويراعى عدم استعمال مواشيهم أو ادخالها فى الأسواق أما الاطفال التى تولد هناك فقد تضاربت الآراء بشأنهم فبعضهم يرى ابقاءهم بين أمهاتهم وبعضهم يرى فصلهم عنهن وتغذيتهم تغذية صناعية وعلى كل حال فهذه مسألة دقيقة يجب بحثها جيداً قبل البت فيها

حول البحث

فى وجوب تقديم أو تأخير منبهات القلب فى الحميات

الدكتور حسن كامل (بشبرا)

٤

(تابع ما قبله)

(علاج الحميات بتنشيط الدورة وتنبيه القلب)

تقرر فيما سبق شرحه بالعدد الماضى من هذه المجلة ، ان علاج الحميات ينحصر فى نقطتين اثنتين ... أولاهما مقاومة الحمى بما يضاد التسمم أو الميكروبات اذا تيسر ذلك ومعلوم ان ذلك لا يمكن فى جميع الحميات وهي النقطة الباقية

للبحث والاختراع لاكتشاف ما يقاوم كل حمى على حدة . والنقطة الثانية هى تنشيط دورة الدم ....

على أن مسألة وجوب تنشيط دورة الدم لتقليل نسبة التسمم وغسل الأنسجة الخ ... ليست مسألة مستحدثة بل لو أمعنا النظر فى كل الطرق التى كان لها فوائد جليلة فعالة فى علاج الحميات نجدها كلها موجهة لقصد واحد وهو تنشيط الدورة . وملاحظة تنبيه القلب

فمثلا العلاج المائى الخارجى والظاهرى (External and internal hydrothy rapyl) وجميع مشتملاته من حمامات باردة وتغاليف رطبة وزيادة كمية الدم، باعطاء سوائل بكثرة بالطرق المعلومة عملياً . الخ . الخ . كل ذلك موجه لتنشيط الدم ومعلوم أن طرق العلاج المائى هى التى أجمع العالم الطبى الحديث بفائدتها العظيمة وقوتها الفعالة التى لا تنكر .

وهنا ربما اعترض سائل منتقد ، ما هو اذن وجه الخلاف بين البحث المدون بهذه المجلة و بين العلاج المتبع مادام الغرض واحدوهو تنشيطدورةالدم ؟

ولكن لو عمل السائل فكرته قليلا ، لوجد الفرق ظاهراً . والخلاف واضحاً جلياً . فيرى انه بينما يعدون ان العلاج المائى هو فقط ضمن العلاج المتبع فى الحميات ، يرى الباحث فى هذا الموضوع ان تنشيط الدورة وتنبيه القلب هو العلاج الأساسى — وما العلاج المائى الا ضمن الطرق الطبيعية العملية لتنشيط دورة الدم . واذن يتحتم أن يكون كل الاهتمام موجه لكل الطرق التى تنشط الدورة وليس الى العلاج المائى فقط

الآن بعد هذا الشرح الذى قد يعد تمهيداً لما سيذكر بعد فى مسألة العلاج تبعاً لهذا البحث يمكننا الانتقال اذن لذكر طرق العلاج .

***

(علاج الحميات تبعاً لنظرية البحث الحالى)

اذا تقرر أرجحية نظرية هذا الموضوع الذى كتب فى جملة أعداد من هذه المجلة ، لأمكن حينئذ تلخيص علاج جميع الحميات على اختلاف أنواعها فى نقطتين اثنتين فقط .

(١) الاولى ... باعطاء مايقاوم الحمى أو يقتل مسبباتها أو يزيد قوة الحصانه

(٢) الثانية ... تنشيط دورة الدم

(١) أما عن النقطة الاولى فيجب اذن تقسيم الحميات الى قسمين الاول يشمل كل حمى وجد لها علاج يكون أكيد الفائدة أو شافياً (Specefic) وهذا القسم كما هو معلوم يشمل عدداً قليلا جداً كالدفتريا والملاريا والراجعة والروماتزم ويمكن أن يضاف الى هذا النوع كل حمى يكتشف لها فيما بعد علاج خاص ... وعليه فالقسم الثانى يشمل كل الحميات الأخرى التى ليس للطبيب فيها حول ولا قوة سوى تنشيط الدورة

(٢) والنقطة الثانية هى تنشيط دورة الدم كما أظهرنا الغرض منه فى الاعداد السابقة ... على ان تنشيط دورة الدم لا يقصد منه تنبيه القلب وحده والقلب ولوأن عليه اكبر مسئولية الا أنه عضو ضمن أعضاء جهاز الدورة فيجب اذن ازاء هذا الغرض أن نعير سائر الاعضاء المشتركة فى العمل العناية الطبيعية والعلاج الممكن لتؤدى وظيفتها بنشاط ونجاح . اذا لاحظنا ذلك أمكننا شرح الطرق العلاجية حسب الترتيب الآتى

(ا) تنبيه القلب وسنرجئ بحث هذا الموضوع للعدد القادم

(ب) تحسين حالة الجهاز العصبى (النخاعى الشوكى والسمباتوى) وليس أفيد فى ذلك من العلاج المـائى

(ج) تنشيط أعضاء الافراز — ملينات — حقن شرجية ملينة — مدرات للبول ... معرقات

(د) تدليك الجلد لمساعدة سير الدم الوريدى واللنف الراكد بالانسجة

(هـ) زيادة كمية سائل الدم باعطاء كمية كبيرة من المـاء — بواسطة الفم او الشرج أو عن طريق الاوردة

(و) مساعدة تأكسد الهموغلوبين بوضع المريض بحالة يسهل معها التنفس وتغيير هواء الحجرة باستمرار وفى ظروف عديدة باستعمال الاكسجين النقى بدلا من الهواء

(يتبع الموضوع فى العدد القادم)

ملاحظة — اننا اذا أحطنا بكل نقط الموضوع المدرجة باعداد هـذه المجلة لامكن اذن الوقوف على الغرض الذى يرمى اليه الباحث حتى يتسنى نقد أو تحبيز الفكرة بامعان لعلنا نصل الى استجلاء الحقيقة . ولهذه المناسبة أبدى مزيد الاعجاب بالموضوع الذى كتبه حضرة الزميل المطلع الدكتور حسين الهراوى افندى لنقد بحثى وأشكره لتقدمه بفتح هذا الباب على أن حضرته لو تمهل لحين تتمة الموضوع لعرف أولا الغرض الاساسى من هذا البحث ولعرف أن الغرض موجه لتنشيط الدورة بتمامها لا تنبيه القلب وحده ولو فى ذكر فسيولوجية القلب وتأثير العلاج فى عضل وأعصاب هذا العضو وتقسيم الحميات الى غير ذلك من الحقائق الثابتة التى لا تنكر . الا أننا لم نكن قد شرحنا بعد ما يوجب الرد المبكر فمع عظيم التبجيل والاحترام لكاتب هذا النقد أقول انه سابق قليلا لاوانه

أضرار الطفيليات المائية

للدكتور سمعان بطرس نجار

طبيب مستشفى العريش

أنقل لحضرات الزملاء كلمة الدكتور كوستون (دربان) فى البرا كتشز عن

أضرار الطفيليات بعد موتها داخل الجسم لأن فيها أموراً تهمنا عن البلهارسيا اذ قال

كان الميل فى بدء علاج الأمراض الطفيلية الاكتفاء بعلاج العوارض التى تحدثها هذه الطفيليات وكانت هذه العلاجات حقيقة تخفف الأعراض والعلامات وكانت الشستوزوم تعالج بهذه الطريقة فكان الهكسامين أو اليوروتروبين معتبراً أحسن علاج للبول الدموى المزمن فى الناتال . على أنه يستبعد أن يكون للهكسامين تأثير قاتل على الميكروبات الطفيلية ومعظم ما يقوم به هو تطهير المسالك البولية وتخفيف الضرر الجسيم الناتج عن البول الدموى كما يعمل فى الحمى التيفودية .

وقد علمت من أطباء السفن اليابانية العديدة التى رست فى دربان أن الأمتين يستعمل كعلاج مخفف للشستوز ومياسيس فى الشرق الاقصى (١) أدخل حديثاً فى علاج أصابة الرئة المزمنة الناتجة عن وجود ميكروب (Paragoninous Hespemanu) فى الجسم ولكنى لا استطيع الجزم بشفاء هذه الأمراض به شفاء تاماً وأيضاً لا أظن أن الحقن الوريدية من الطرطير المقئ قد اختبرت اختباراً واسعاً تؤكد فائدته (٢)

هذا ويذكر الدكتور كازاما اليابانى الخطر الناتج للمريض من الديدان والبويضات التى يتم موتها وانحلالها بالعلاج ويقول الدكتور هارفى بيرى أن كثيراً ما وجد فى أهالى جنوب أفريقيا حالات بلهرسية مصحوبة بسرطان فى الكبد (٣) . ومن الأخطار التى خيفت عند البحث الأولى على العلاج الشافى للبلهرسيا وجود الديدان الميتة فى الأوردة فقد تكون سدادة دموية وقد يكون اضرارها أشد من الديدان الحية التى تبقى فى مراكزها . ولكن يظهر

---

(١) وانصاره فى مصر قليلون

(٢) أظن أن اختبارات المصريين فى هذا العلاج كافية لاثبات فوائده وخاصيته للبلهرسيا

(٣) ولعله تشمع بلهرسى

أن الأمين أو الطرطير المقيء أذا أعطيا مدة شهر أو اكثر يؤثران فى الديدان البالغة كما فى البويضات فتكمش وتنحل ثم تفرز من الجسم . ومن المحتمل أن العضو الأساسى الذى يقوم بهذا العمل هو الكبد لأن الديدان البالغة عادة موجودة فى الوريد البابى

ويظهر أنه متى استمر العلاج الناجح فلايعدم الجسم وسيلة لمحو الديدان الميتة وأفرازها ولكن اذا كان العلاج خفيفاً وأسكر الديدان فقط بدون أن يميتها فلربما تحمل بواسطة تيار الدم الوريدى الى أجزاء كبدية أخرى حول الوريد البابى وهناك تسبب بعض تهيجات والتهابات لا تسببها الديدان الحية . وهذا هو الواقع فى البويضات الميتة تحت تأسير العلاج فأنها ككل جسم غريب تحمل فى الدم لجهات مختلفة من الجسم بدلا من أنها تخرج من حافظ المثانة كما تفعل البويضة الحية بشوكتها . وهذا هو السبب فى حدوث المغص الكلوى فى بعض الحالات التى تحت العلاج [1] . ولا يحصل المغص فى الحالات التى ليست تحت العلاج الا فى النادر متى أزمن المرض لثلاث سنين . وهو السبب أيضاً فى حصول الحصاة فى الكلى من تجمع البويضات فى أنسجتها فى الحالات البلهرسية المزمنة .

وكلنا نعلم الخطر من التمويه بأخفاء علامات المرض وحسبانه مرضاً خفيفاً كالزهرى الذى أن عولج علاجاً وقتياً أصاب فى بعض الاحيان الجهاز العصبى وبالمثل البلهرسيا فى بلاد كناتال فأن الحالات التى لم يتم علاجها خطر كبير على البلاد لان المريض فى هذه الحالة يعتبر حاملا للمرض .

وقد قدمت للمؤتمر الطبى الذى انعقد فى عاصمة الكاب فى اكتوبر سنة ١٩٢١ رسالة من الدكتور برات جونسون ضد ما كتب عن علاجات بعض أمراض البلاد الحارة بالانتمون ومما قاله انه يجب تحذير الاطباء المعالجين من الاقدام

(١) ربما يكون المغص من حصاة مزمنة أو ورم حامى فى المثانة سواء تحت العلاج أو بدونه

على العلاج حتى يعرفوا تأثيره وجماعه والمضاعفات [١]. وبالمثل يقال عن الامتين . وبالنسبة لظهور الحصاة الكلاوية والسرطان الكبدى الابتدائى والتهاب الكبد المزمن فى الحالات التى تكثر فيها البلهرسيا ولا تموت فيجب ان العلاجات تنحصر فى الادوية التى تقتل هذه الديدان فى بحر شهر . والمعول عليه فى جنوب افريقيا هو الامتين (حقن عضلية للاطفال) والطرطير المقىء (حقن وريدية للبالغين)

العلاج بالأثير

والوقاية من الالتهاب البريتونى

(مترجمة عن مجلة الجمعية الطبية الامريكانية)

للدكتور عبد الحميد العرابى

نشر الدكتور سيجوارت (Sigwart) منذ أربع سنوات تجاربه بالحقن بالأثير فى تجويف البطن فى احوال الالتهاب البريتونى العمومى . وكانت النتائج فى هذا الوقت حسنة جداً . فمن احدى عشر حالة التهاب بريتونى عمومى توفيت حالة واحدة فقط ومن هذه الحالة حصلت الوفاة من غنغرينة فى الرئة بعد مضى ثمانية عشر يوما من العملية .

وفى أثناء تجاربه الأولى لم يلاحظ شيئاً بجانب الاعراض الشديدة للصدم الا بعض اضطراب فى التنفس واحياناً وقوف فى حركة التنفس لمدة قصيرة .

---

(١) وقد سبق ونشر عنه الكثير فى المجله الطبية المصرية ولكن يظهر ان علم الجهات الاجنبية بجمعيتنا ومجلتنا قليل وارى الاجتهاد فى اذاعة كل جديد ينشر فيها كى ينشر فى المجلات الطبية الاجنبية بهمة الزملاء

ومع كل ففى الحالات الاخيرة التى استعمل فيها الحقن الوافية بالاتير قد لاحظ عدة أعراض شديدة للصدمة وفى حالة منها ظن من الابتداء انها ستنتهى بالوفاة وقد استغرقت بضع ساعات حتى زال الخطر

ويعتقد الدكتور سيجوارت (Sigwart) أن هذه الاعراض كانت نتيجة عدم التعريف (Drainage) ويمكن تجنبها فى المستقبل بعدم قفل البطن عقب الحقن بالاتير مباشرة .

ولا يزال الدكتور سيجوارت ينسب للاتير فوائد كثيرة كطريقه لمنع التهاب البريتونى فى أحوال التجويف الحوضى الملوث . وهو يستعمل لغاية ٢٥٠ سنتى متر مكعب من الاتير لهذا الغرض .

كلمة

للدكتور على ابراهيم بك وكيل الجمعية

سعادة الرئيس حضرات الزملاء .

تألفت الجمعية الطبية المصرية لتحقق أغراضاً ثلاثةً تعلمونها حضراتكم جيداً وكان الاحتياج لها شديداً جداً — فالغرض الاول والاهم هو احياء اللغة العربية الطبية والتمشى بها مع العلم الحديث . والثانى الاهتمام والبحث بنوع خاص فى الامراض المصرية البحتة والامراض الاخرى التى تتشكل باشكال مختلفة عند تغيير أقليمها عندنا . والثالث النهوض الادبى الى ما يليق بكرامة هذه المهنة الشريفة وقد وفقنا والحمد لله للسير فى تحقيق هذه الاغراض وما لم يدرك كله لا يترك جله

فاللغة العربية التى كان يصعب على الطبيب المصرى أن يعبر عن ضميره بها اصبحت تلقى بها المحضرات العلميـة مرة كل شهر على الاقل فى قاعة الجمعيـة

وتدور بها المناقشات وتحرر بها المجلة الطبية ويندر أن يمر العام بدون أن يقدم أحد اخواننا بحثاً جليلا فى الامراض المصرية ولا يخفى على حضراتكم ما كان لتأثير انضمام أغلب الاطباء المصريين اليها من رفع كرامتها وجعلها قوة مهمة من القوى العاملة فى مصر

لا أنكر أننا قصرنا فى بعض الواجب وكان فى أمكاننا أن نعمل ونصل لا كبر من ذلك ولكن الذى أخرنى وجعلنى أخاف على مستقبل الجمعية ما رأيته أخيراً فى الجلسة الاخيرة من تذمر أخواننا من مجلس الادارة خصوصاً وقد بدأت تحاربنا عوامل خارجية ربما قضت على حياة الجمعية بين هذا التفرق الظاهر .

مجلس الادارة منسوب اليه الضعف والتقصير وهو ليس الا مجلسا منتخبا فانتخبوا غيره واذا كان فى قانون الانتخاب خطأ فاصلحوه فانه من وضعكم واليكم مرجعه .

ولكن لا تتركوا الجمعية تتدهور بعد هذا النجاح وأن كان جزئياً

راجعوا مبادئكم هل يمكن ترقية اللغة العربية على يد جمعية مختلطة انظروا اليس نحن أبناء مصر أولى وأشرف لنا أن ندرس أمراض بلدنا ؟ اليس من العار أن يترك لغيرنا ذلك ؟

راجعوا أنفسكم وثوبوا لوعيكم قبل أن تلعب بكم يد الانحلال وتضافروا وتعاونوا لترفعوا وترقوا بجمعيتكم للمنزلة اللائقة بها والله المعين م؟

تقـرير

الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

عن حالة الجمعيـة فى سـنة ١٩٢٢

سيدى الرئيس وحضرات الزملاء

أتشرف بأن أقدم لحضراتكم تقرير مجلس الادارة عن سنتنا الثالثة عين المجلس على أثر اجراء الانتخاب الدكتور على بك ابراهيم وكيلا أولا والدكتور نجيب محفوظ بك وكيلا ثانياً والدكتور محمود ماهر بك أميناً للصندوق والدكتور نجيب اسكندر سكرتيراً أولا والدكتور محمد كامل الخولى سكرتيراً ثانياً

وقد واصل المجلس اعداد وترتيب المحاضرات للجاسات الشهرية وقد ألقيت تسع محاضرات فى ثمانى جلسات عرضت فى خلالها بعض الاحوال الاكلينيكية ولم يكن عدد الحاضرين بالـكثرة التى تتفق مع عدد أعضاء الجمعية أو مع الدعوة التى ترسل لعدد عظيم جداً من أطباء القاهرة والاقاليم فضلا عن النشر بالجرائد ورغماً عن أن المحاضرين لم يدخروا وسعاً فى جعل محاضراتهم على أعظم ما يكون من الفائدة متمشين مع أحدث الآراء العلمية فضلا عن الاختبارات القيمة التى كانت تصحب بحث حضراتهم

وقد استمر صدور المجلة بمباشرة لجنـة التحرير وسيقدم حضرة رئيس اللجنة الدكتور عبد الحميد العرابى تقريره عن ذلك

أما عن الحالة المـالية للجمعية فسيقدم حضرة الدكتور محمود ماهر بك تقريره عنها

ولم يزد عدد أعضاء الجمعية الا ٣٤ عضواً خلال السنة الماضية وكلهم من خارج القاهرة وأغلبهم من الاسكندرية

وقد أنشئت فى خلال السنة الماضية جمعية طبية بالاسكندرية متصلة بجمعيتنا اتصالا تاماً وأعضاؤها معتبرون أعضاءاً بالجمعية وقد أبدى حضرات أعضائها الافاضل برئاسة سعادة الدكتور ظيفل باشا حسن اهتماماً حرياً بالطب والاحوال الصحية العمومية بمدينة الاسكندرية مما يستحقون من أجله كل شكر وثناء

وقد عملت الجمعية جهدها لايجاد محل للنادى ولكن للأسف لم توفق الى ايجاد المكان المناسب بالنظر لضائقة المساكن وسيقول حضرة الدكتور محمد طاهر بك كلمة عن ذلك

وقد عرض فى أثناء السنة الماضية اشتراك الجمعية الطبية المصرية مع الجمعية الطبية المختلطة لانشاء ناد مشترك ولكن المجلس رأى تأجيل البت فى ذلك لفرصة أخرى كما عرض أيضاً تحويل الجمعية الى نقابة فأرجئ كذلك

ويوجه مجلس الادارة بسرور زائد شكره الخاص للمثل الاعلى الذى قدمه سعادة رئيسنا الجليل عيسى باشا حمدى للغيرة الصادقة والاهتمام الكلى بالجمعية وكان يواصل حضور جلسات الجمعية العلمية مشتركا مع حضرات الاعضاء فى المناقشات بتواضعه الكثير ؟

سكرتير الجمعية

الدكتور نجيب اسكندر

تقـــرير

عن ميزانية الجمعية الطبية المصرية

فى سنة ١٩٢٢

ومشروع ميزانية السنة الحاضرة

حالة الجمعية المالية فى السنة الماضية كانت على وجه الاجمال حسنة وذلك بفضل الجهود التى بذلها المجلس للاقتصاد فى النفقات وقد كانت عملية التحصيل شاقة بعضاً ما ولكن المجلس لم يعـدم الوسائل اللازمة لإيجاد المال الكافى للحاجة بدون مساس الوفر الموجود واليكم البيان : —

تنحصر ايرادات الجمعية فيما يجمع من اشتراكات حضرات الاعضاء وتحصيل ايراد المجلة الخاص

وقد حصل من حضرات الاعضاء المقيمين داخل القاهرة فى المدة ما بين يناير سـنة ١٩٢٢ وآخر ديسمبر سـنة ١٩٢٢ مبلغ ١٣٠ جنيهاً مصرياً منه جنيهان قيمة اشتراك متأخر من سنة ١٩٢١ وقد حصل من حضرات الاعضاء المقيمين خارج القاهرة فى المدة عينها مبلغ ١٦٥ جنيهاً مصرياً منه أحد عشر جنيهاً قيمة ١١ اشتراكا متأخراً من السـنة المـاضية ١٩٢١ أما ايراد المجلة فقد كان فى المدة المذكورة ٧٧ جنيه ١٢٠ مليم

وهذا بيانها

مليم	جنيـه	
٩٠٠	١٥	قيمة اشتراك ٥٣ طالباً بالقطر

مليم	جنيه	
٩٠٠	١٥	ما قبله
٨٠٠	٠٢	قيمة اشتراك ٠٧ طلبة بالخارج
٢٠٠	١٦	« « ٢٧ طبيباً بالقطر
٢٢٠	٠٢	« « ٠٣ أطباء بالخارج
٤٠٠	٠٢	« « ٠٣ أهالى بمصر والسودان
٨٠٠	٠٠	« « محامى بالخارج
٩٦٠	١١	« « مصلحة الصحة العمومية فى ٢٠ عدداً
٨٤٠	٠١	« « أعداد مبيعه
٠٠٠	٢٣	« « متحصل عن أجرة نشر اعلانات
١٢٠	٧٧	

وعلى ذلك يكون مجموع الايراد

مليم	جنيه	
—	١٢٨	من أعضاء داخل القاهرة
—	١٥٤	« « خارج القاهرة
—	٠١٣	حصلت من الاشتراكات المتأخرة سنة ٢١
١٢٠	٠٧٧	ايراد المجلة
١٢٠	٣٧٢	فقط

أما المصروفات فقد قلت فى العام الماضى عن سنة ١٩٢١ على وجه الاجمال ذلك فيما يخص الجمعية أما مصروفات المجلة فقد زادت نوعاً وذلك لجملة أسباب أهمها زيادة عدد المشتركين و زيادة حجم المجلة من سبع ملازم كما كان فى السنة الماضية الى متوسط ١٢ وقد صدر فى أول اكتوبر العدد السابع مكوناً من احدى وعشرين ملزمة ونصف وتنحصر مصروفات الجمعية فيما يأتى :

مليم	جنيه	
٨٤١	٦١	مكافأة القائم بالاعمال الكتابية
—	١٠	« التحصيل
—	٤٥	سلفة للصرف منها على شؤون الجمعية
٨٤١	١١٦	

وتنحصر السلفة فى

مليم	جنيه	
—	١٥٧٨	أجرة بريد
—	١٠٠٠	أجرة خدم المجمع
—	٠٧٣٦	مطبوعات
—	١١٨٦	مطبعه ومكتب وأدوات كتابية ومصروفات نثرية
—	٤٥٠٠	فقط

أما مصروفات المجلة فتنحصر فى الآتى : —

مليم	جنيه	
٧٢٥	٠٤٦	ورق طبع وغلاف
٨٠٠	١٠٢	أجرة المطبعة
٦٥٠	٠١١	اشتراك فى المجلات الاجنبية
٠٠٠	٠٢٠	مكافأة المصحح اللغوى
١٧٥	١٨١	
٣١٥	٠٢٠	أجرة اكلشيهات
٠٠١	٠٠٩	بوستة
٥٢٣	٠٠١	مصروفات نثرية
٠١٤	٢١٢	فقط

وعلى ذلك تكون المصروفات .—

مليم	جنيه	
٨٤١	١١٦	مصروفات الجمعية
٠١٤	٢١٢	مصروفات المجلة
٨٥٥	٣٢٨	

ومن ذلك يكون الوفر الموجود بالصندوق لحساب هذه السنة

مليم	جنيه
١٢٠	٣٧٢
٨٥٥	٣٢٨
٣٦٥	٠٤٣

وباضافة هذا المبلغ للمتوفر من السنتين الماضيتين وباقى رأس مال المجلة يكون الموجود بالصندوق جميعه ٤٥٤ جنيه و٢٩٧ مليم

مليم	جنيه	
٠٣٢	٤١١	متوفرمن السنتين الماضيتين وباقى رأس مال المجلة
٢٦٥	٤٣	المضاف
٢٩٧	٤٥٤	فقط

	ص	
ملحوظة : يوجد تحت التحصيل الآن من حساب المجلة	١٠٦٨	
ويوجد بطرف حضرات أعضاء الجمعية المقيمين خارج القاهرة مبلغ	٩٣٠٠	منه ٨ جنيه عن سنة ٩٢١ و ٥٠ جنيه عن سنة ٢١و٢٢ و٣٥جنيه عن سنة ٩٢٢ فقط
و بطرف حضرات الاعضاء المقيمين داخل القاهرة	١٢٤٠٠	منه ٤٤ جنيه عن ١١ عضواً لم يسددوا سنة ٩٢١ و٩٢٢
		منه ٨٠ جنيه عن ٤٠ عضواً لم يسددوا سنة ٩٢٢
	٢٢٧ر٦٨	

أما ما يختص بمشروع ميزانية السنة القادمة فنأمل أن نوفق فتكون عملية التحصيل أقل مشقة من هذه السنة حتى يمكن جمع مبلغ يمكننا من التوسع والمصروفات لا ينتظر أن تزيد عن ذلك الا قليلا جداً م؟

أمين الصندوق

تقرير النادى

لم يشترك خلال هذه السنة أحد وقد كان الرصيد المودع بالبنك فى أول يناير سنة ١٩٢٣ — ١٢١٤ جنيه و١٠٠ مليم

وقد صرف منه مبلغ جنيهين مصريين لاعمال الجمعية العمومية للمساهمين فى السنة الماضية

والموجود الآن مع اضافة الارباح بحساب ٣/٥ ٪ هو ١٢٥٤ جنية و٢٦٨ مليم

تقـرير

مجلس ادارة الجمعية الطبية المصرية بالاسكندريه

المرفوع الى الجمعية العمومية الاعتياديه المنعقدة بقاعة قومسيون البلدية الساعة السابعة من مساء السبت ٦ يناير سنة ١٩٢٣

حضرات الزملاء الافاضل

أنشئت الجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية فى ١٥ فبراير سنة ١٩٢٢ كما تعلمون. حضراتكم فقابلت المدينة خبر أنشائها بمزيد الترحيب والاحترام. وان هذه الحركة الجليلة لم تكن الا نتيجة للتقدم الاجتماعى غير التقدم العلمى والاقتصادى الذى يجتازه وطننا المحبوب. فان الأطباء المصريين الذين كانوا فرادى فيما مر من الزمان قد سرت فى روحهم الحياة التى دبت فى مصر كلها

فاجتمعوا وتضامنوا لخدمة بلادهم ولغتهم وفنهم بطريق سبق الغربيين فيها أجدادنا من فراعنة وعرب

وجمعيتنا التى هى فى الحقيقة شطر من جمعية مصر قد تقدمت بفضل جهاد أعضائها وثباتهم وحسن استعدادهم فى هذه السنة الغابرة . الى مركز سيظل أن شاء الله محفوفاً بالاحترام اللائق والنجاح المستمر .

ونحن أعضاء مجلس الادارة الذين حصلنا على شرف اختياركم للقيام بقسط من الواجب . نتقدم بين يديكم اليوم باسطين أعمالنا . آملين أن تكون اشخاصنا الضعيفة قد قامت بواجبها فى النيابة عنكم فى ادارة اعمال الجمعية وأموالها . .

كان أول هم المجلس عند انشائه جمع الاشتراكات علماً بان المال و بعضه كافٍ لمثل جمعيتنا العلمية هو عماد كل شىء فى هذا الوجود . فكان لنا من حمية الأعضاء واقبالهم خير معين . حيث اشترك فى الجمعيه ٤٨ عضواً من ٥٤ طبيباً مصرياً كانوا موجودين بالاسكندرية وعضوان من الخارج

ثم طلب المجلس الى سعادة مدير البلدية فوافق بكل ارتياح على استعمال هذه القاعة الجميلة كمكان لانعقاد جلساتنا العلميـة . وبهذا تهيأت للجمعية قاعة محاضرات فاخرة بأقل ما يمكن من المصروفات

وبعد ذلك نظر المجلس فى ايجاد لسان للجمعية كما وجد مركزاً لها . فلم يجد الا الاشتراك مع جمعية القاهرة فى مجلتها مقابل دفع نصف الاشتراك اليها .

وهكذا ضمن للجمعية نشر محاضر جلساتها ومحاضراتها وضمن للأعضاء وصول المجلة الطبية العلميـة الوحيدة اليهم وساعد جمعية القاهرة فى أحياء مجلتها وكفى جمعية الاسكندرية متاعب انشاء مجلة خاصة . . . ولا يسعنا هنا الا شكر حضرات اعضاء ادارة جمعية مصر وادارة المجلة على حسن عواطفهم وتشجيعهم الذى أبدوه لنا فى مواطن عديدة

وبعد أن انتظمت الجلسات العلمية وتم الاتفاق مع جمعية مصر بجملة

شروط وصلت حضراتكم فى حينها وبد أساس الجمعية متيناً مرتباً . التفت مجلس الادارة الى جملة مواضيع عمومية هامة

فقرر مخابرة الحكومة فى سبيل تعيين طبيب مصرى من أعضاء الجمعية فى عضوية البلدية حتى يكون ذا فائدة قصوى فى الامور الطبية التى هى فى الحقيقة (مع الامور الهندسية) كل ما تقوم به البلديات لخدمة السكان ورفاهتهم . وقد قبل أولو الامر طلبنا لذلك واستجابوا دعاءنا بتعيين حضرة صاحب السعادة رئيسنا الهمام الدكتور ظيفل باشا حسن . ولولا مرضه وعدم استطاعته تحمل مشاق المناقشات واحتدامها وحدتها لما رضى سعادته أن ينزل عن أداء هذا الواجب الكبير . .

ونظر المجلس فى تقرير قدمه احد اعضائه هو الدكتور محمد محفوظ عن أمراض العيون فى الاسكندرية واحصاء انتشار العمى بين أهليها وسوء علاجهم فى المستوصفات ونصائحه لكل ذلك . فقرر المجلس ارسال نسخة منه الى جمعية العروة الوثقى بصفتها المتصرفة فى معظم مستوصفات الاطفال بالمدينة ويعلم المجلس ان هذا التقرير وضع موضع العناية اللائقة به . . .

كما وفق المجلس ايضاً بعد مخابرات مع جمعية الاسعاف المختلطة لتطوع حضرة الزميل المحترم الدكتور عبد السلام لخدمة فرع العيون فى عيادتها المنشأة حديثاً فنالت الجمعية وحضرة الزميل بذلك شكر تلك الفئة المختلطة المخلصة

وقرر المجلس غير ذلك الموافقة والسعى لانجاح مشروع تعليم الطب باللغة العربية الخصبة الكريمة واتصل بالهيئات المختصة بذلك .

ولما كان العصر الذى تجتازه الآن الامة المصرية من الثورة السياسية بمكان عظيم فأن المجلس كغيره من الهيئات لم يربداً من أن يبدى رأيه فى جملة مواطن

سياسية خطيرة بعد أن استوثق من رضاء غالبية الاعضاء عنها مثل قرار ٢٨ فبراير المشهور ونفى سعد باشا والموافقة على قرار الاطباء عن صحة معاليه فى سيشل والاشتراك فى ارسال العرائض بطلب الافراج عن معاليه وعن زملائه الكرام وكذلك أخيراً بطلب الافراج عن الدكتور نجيب اسكندر والاشتراك مع وفد القاهرة لذلك وغير ذلك من المواقف التى تعلمونها والتى نرجوا أن تنتهى بعودة أمور الوطن الى مجاريها حيث يرفرف عليه علم السعادة والاستقلال التام حتى يتفرغ الجميع لأداء واجبهم كل فيما درس وكرس حياته من أجله .

ونظر المجلس أيضاً فى ضرورة انشاء مدرسة طبية بمستشفى الاسكندرية وهى المدينة التى اشتهرت قديماً بما بثته فى جميع ارجاء العالم من العلوم والمعارف فأنارت به الابصار وفتقت الاذهان . وكتب فى ذلك الى أولى الامر خصوصاً وأن مدرسة قصر العينى قد ضاقت بما رحبت كما ضاقت مدارس أوروبا بالنازحين اليها لاغتراف مناهل الطب وعلومه

هذه أيها الاخوان خلاصة عامة عن أعمال مجلس الادارة والامور الهامة التى تناولها الفحص والدراسة فى ١٤ جلسة لم ينقص العدد القانونى الا فى جلسة واحدة منها

وجرت مراسلات عديدة بينه وبين جهات مختلفة بلغ عدد الصادر منها ٣٩ والوارد ١٩

أما عن الجلسات العلمية وهى المظهر العلمى الجميل والفائدة الفنية الثمينة لهذه الجمعية فقد سارت بانتظام تام ونجحت نجاحاً باهراً بالرغم من أنه حدث فى أواسط السنة أن قل عدد الحاضرين فيها . وحاشالله أن كان ذلك من اهمال الاعضاء لجمعية خلقوها من العدم لتكون نواة لصالح الاعمال وجليل الآمال. بل كان ذلك لعدم ملاءمة المواعيد القديمة حتى أنه بعد استشارة حضراتكم

وتقرير الاغلبية المواعيد الحالية قد صارت الاجتماعات أكثر عدداً واجمل مظهراً .

وقد القيت ١١ محاضرة قيمة فى مختلف المواضيع باللغة العربية الفصحى دارت بعد كل منها مناقشات عربية بغاية السهولة والاحكام والدقة مما دل على سعة هذه اللغة الجزلة ومرونتها لكل العلوم الحديثة

وليس منا جميعاً الا من راقت له تلك الاجتماعات العلمية الشبه عائلية ومناقشات الاخوان بلغة واحدة فى فنهم . وتعارفهم الشخصى والعلمى اكثر من أى وقت آخر

أموال الجمعية : بلغ عدد المشتركين فى هذه الجمعية المباركة ٥٠ عضواً دفع منهم ٤٥ قيمة اشتراك كاملة ٢ ج. فالحاصل ٩٠ ج. أما الخمسة الباقون فقد دفعوا اشتراكات ناقصة مجموعها ٤ ج. فيكون مجموع ما دخل صندوق الجمعية هو ٩٤ ج. مصرى وحساب الصندوق هو

مليم	جنيه	
	٩٤	الوارد
١٦٣	٦٣	المنصرف منه ٤٥ ج. مرسلة لمصر اشتراك ٤٥ عضواً فى المجلة وفى جمعية مصر والباقى مصاريف مطبوعات وأجر تلغرافات ودعوات ومراسلات حسب المبين فى قائمة الحسابات
٨٣٧	٣٠	فالباقى فى الخزينة هو ثلاثون جنيهاً مصرياً وثمانمائة

وسبعة وثلاثون مليما مودعة فى بنك مصر فرع الاسكندرية باسم الجمعية حسب نص القانون .

وقد حدث فى السنة الماضية ان بعض الاعضاء طولبوا بمتأخر اشتراكهم لجمعية مصر وجمعية الاسكندرية فالبعض أجاب والبعض لم يجب

هذا ولا يختم أعضاء مجلس ادارة الجمعية هذا التقرير حتى يقدموا واجب الشكر والثناء والاحترام لشخصى صاحب السعادة الأستاذ الدكتور ظيفل باشا حسن رئيسهم الذى حضر بالرغم من مرضه معظم جلسات مجلس الادارة والجلسات العلمية وألقى محاضرتين فى غاية النفاسة غير ما ألقاه بعد كل جلسة من المناقشات العلمية الواسعة الدالة على مكانته السامية وعلمه الوافر وتجاربه المستفيضة مع طيب أخلاقه ونصائحه الثمينة

كما يقدم المجلس لحضراتكم اقتراحين يأمل أن يظفر بموافقتكم عليهما :

١ — اسناد لقب رئيس شرف الى صاحب السعادة العلامة الدكتور عيسى حمدى باشا رئيس الجمعية الطبية بمصر دلالة على ما يكنه أعضاء جمعية الاسكندرية لسعادته من الاحترام والشكر على مجهوداته فى سبيل الطب المصرى

٢ — أن يدرس مجلس الادارة الجديد و يسعى بالاشتراك مع جمعية مصر فى انشاء النقابة أو جمعية أطباء ملكية مثل جمعية المهندسين الملكية المنشأة حديثاً

وأخيراً يقدم المجلس تحيته الخالصة لزملائه المحترمين و يهنئهم بالعام الجديد فى حياة هذه الجمعية الطبية المباركة و يشكرهم على ثقتهم به والسلام ؟

محضر جلسة الجمعية العمومية

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية العمومية للجمعية الطبية المصرية بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الأشغال فى الساعة ١٠ صباحاً برئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا و بحضور ثلاثين عضواً فقرأ السكرتير تلغراف اعتذار من الدكتور محمود ماهر بك لتغيبه بالأقصر واعتذار من الدكتور كامل الخولى

لتغيبه بلندره ثم قرأ تقرير مجلس الادارة وقدم الدكتور الشور بجى بك خطاباً من الدكتور محمود طاهر بك أعطى به صوته

ثم قام الدكتور صالح حمدى بك وقرأ كلمة لحضرة وكيل الجمعية الدكتور على بك ابراهيم وبعد الانتهاء منه قام الدكتور محمد حمدى معترضاً على انه ليس لجمية الاسكندرية ما دامت فرعاً من الجمعية الطبية بالقاهرة وجه لانتخاب سعادة الاستاذ الدكتور عيسى حمدى باشا رئيس شرف لها فلم يؤيده الحاضرون

ثم قرأ السكرتير تقرير الميزانية والنادى ثم حصلت مناقشة فى مسألة النادى وتقرر باغلبية الأصوات ما عدا ستة وجوب عمل ناد للأطباء المصريين وأن يكون لمتخرجى المدارس العليا باغلبية ١٦ صوتاً ضد ١٤

وتقرر أن ينوب عن الجمعية فى هذا السعى حضرات الدكاترة الشور بجى بك وسعد الخادم بك والرشيد بك ومحمد عبد الحى وتعرض نتيجة السعى على جمعية عمومية لاقرارها من عدمه

ثم قام دكتور عبدالحميد العرابى رئيس لجنة تحرير المجلة وقرأ تقريره عن حالة المجلة فى سنة ١٩٢٢ وبعد الانتهاء منه عرض انتخاب لجنة التحرير فتقرر تجديد انتخاب اللجنة عينهـا بزيادة الدكتور محمد خليل عبد الخالق ثم فرزت استمارات الانتخاب وكانت ١١٢

واسفرت عن انتخاب سعادة الرئيس باغلبية ١٠٠ صوتاً
والدكتور نجيب محفوظ بك ٨٨ صوتاً
« ابراهيم المنياوى ٧٧ «
« على ابراهيم بك ٧٠ «
« سالم هنداوى ٤٣ «
« محمد كامل الخولى ٢٩ «
« صبحى بك ٢٠ «

وقد عرض الدكتور الرشيد بك عدة اقتراحات فتقرر احالتها على مجلس الادارة وأن تجرى مناقشتها بحضور عزته وأقفلت الجلسة فى الساعة واحده ونصف مساء ؟

سكرتير الجمعية

الدكتور نجيب اسكندر

محضر الجلسة العمومية الاعتيادية الثانية

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

المنعقدة بقاعة قومسيون البلدية فى ٦ يناير سنة ١٩٢٣

فتحت الجلسة الساعة السابعة وربع مساء تحت رئآسة حضرة الدكتور نجيب افندى قناوى وبحضور ٢٦ طبيباً من الاعضاء

فقام حضرته وألقى كلمة حيا بها الحاضرين وهنأهم بنجاح الجمعية واقترح شكر سكرتير الجمعية على مجهوداته فوافقت الهيئة على ذلك

ثم قام السكرتير الدكتور عبد الواحد الوكيل فأبدى جملة ملحوظات بان الجلسة قانونية لاكتمال عدد الحاضرين اكثر من الثلث وبان انتخاب الوكيل سيكون لمدة سنة واحدة وهى الباقية من مدة الوكيل السابق المستقيل قانوناً حسب منطوق المادة ٢٢ وبان الاقتراحات تنظر قبل الانتخابات وليس كما هو مذكور سهواً فى برنامج الجلسة

ثم تلا محضر الجلسة العمومية الاولى (التأسيسية) فصادقت عليه الهيئة

ثم تلا تقرير مجلس ادارة الجمعية عن (أعمال المجلس) وعن (الجلسات العلمية) وعن (أموال الجمعية) فصادقت الهيئة عليها جميعاً

ثم قام حضرة الدكتور زكى افندى مختار الجزيرى مراقب حسابات الجمعية فألقى تقريره عن الحسابات مصادقاً عليها

ثم نظرت جملة اقتراحات تقرر قبول ما يأتى منها : —

ا — اقتراحات من مجلس ادارة الجمعية : —

١ — توجيه لقب (رئيس شرف للجمعية الطبية المصرية باسكندرية) الى حضرة صاحب السعادة العلامة الاستاذ عيسى حمدى باشا رئيس الجمعية الطبية المصرية بمصر

٢ — تكليف مجلس الادارة الجديد للسعى بالاشتراك مع الجمعية الطبية المصرية بمصر فى سبيل انشاء النقابة أو جمعية أطباء ملكيه مثل جمعية المهندسين الملكية المنشأة حديثاً

ب — اقتراحات من حضرة الدكتور حلمى افندى رجب :

٣ — مطالبة الحكومة بتعيين طبيب وطنى فى عضوية البلدية بدل صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا رئيس الجمعية الذى استقال من عضوية البلدية لاسباب صحية

٤ — مطالبة البلدية باصلاح الاحياء الوطنية بالاسكندرية حفظاً للصحة العامة

ج — الاقتراحات التى لم تقبل بالاغلبية

١ — اقتراح من حضرة الدكتور حلمى رجب بخصوص تعديل المادة ٣٢ من القانون بجعلها تنص على وجوب حضور اكثر من نصف الاعضاء حتى تعد الجمعية العمومية قانونية

٢ — اقتراح من حضرة الدكتور عازر افندى صليب بخصوص تعديل المـادة ١٦ من القانون بجعلها تنص على انتخاب أعضاء مجلس الادارة معاً والمجلس نفسه فيما بينه ينتخب أمين الصندوق والسكرتير وتكتفى الجمعية العمومية بانتخاب الرئيس والوكيل فقط

وتقرر عند البت في رفض الاقتراح الأخير أن تعدل المادة المذكورة بزيادة كلمات (وينتخبون كل على حدة) بدلا من كلمة ينتخبون حتى يصير مدلول المادة وجوب انتخاب كل من الرئيس والوكيل وامين الصندوق والسكرتير كل على حدته

ثم قررت الجلسة بالاغلبية بعد المناقشة القرار الآتى : —

وهو الاستمرار على دفع نصف الاشتراكات لجمعية مصر حسب الشروط المتفق عليها بين الجمعيتين فى السنة الماضية

ثم أجريت الانتخابات فكانت نتيجتها كما يلى :

الرئيس : أعيد انتخاب صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن بالاجماع

الوكيل : انتخب صاحب العزة الدكتور وهبه بك نظمى بأغلبية ٢٥ صوتاً

السكرتير : أعيد انتخاب الدكتور عبد الواحد الوكيل بأغلبية ٢٠ صوتاً

العضوان : أعيد انتخاب حضرة الدكتور نجيب افندى قناوى بأغلبية ٢٠ صوتاً

وانتخب حضرة الدكتور احمد افندى عبد السلام بأغلبية ١٢ صوتاً

هذا بخلاف حضرتى الدكتور محمود افندى كامل على والدكتور محمد افندى محفوظ العضوين اللذين لم تنتهـ مدة عضويتهما بعد حسب الاقتراع السرى الذى أجراه مجلس الادارة .

ثم أجرى انتخاب مراقب لحسابات الجمعية لسنة ١٩٢٣ فأعيد انتخاب حضرة الدكتور زكى افندى مختار الجزيرى بالأغلبية .

وقررت الهيئة أخيراً أرسال تلغراف تهنئة وشكر لصاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن بمشتاه فى حلوان

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء ؟

السكرتير

عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة العامية الحادية عشر

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

انعقدت الجلسة العلمية الحادية عشر فى قاعة قومسيون البلدية الساعة ٧ ونصف من مساء السبت ٥٥ ديسمبر سنة ١٩٢٢ تحت رئاسة حضرة الدكتور نجيب بك قناوى وبحضور كثير من حضرات أعضاء الجمعية

وقد حضر الاجتماع حضرة صاحب السعادة زنانيرى باشا سكرتير مجلس الكورنتينات والصحة البحرية

وفتحت الجلسة فقام حضرة الدكتور قناوى مرحباً بسعادته ثم دعى حضرة الدكتور شعبان افندى هريدى فألقى محاضرة عن (محجر الطور كأداة لمقاومة الأوبئة) مبيناً موقع ذلك الحجر على خريطة كبيرة

وبعد القائها دارت جملة مناقشات فى موضوعها بخصوص الحجر الصحى على الحجاج ومدته وحجر المرضى وغير ذلك

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة ونصف مساء

محضر الجلسة الثانية عشر العلمية

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

المنعقدة فى قاعة قومسيون البلدية الساعة ٧ وربع مساء
يوم السبت ٢٧ يناير سنة ١٩٢٣

فتحت الجلسة برياسة حضرة صاحب العزة الدكتور وهبه بك نظمى وحضور ٢٩ طبيباً منهم عدد من حضرات الاطباء غير الاعضاء

فقام السكرتير وتلا خطابا من حضرة صاحب السعادة رئيس الجمعية

الدكتور ظيفل باشا حسن من مشتاه فى حلوان رداً على تلغراف التهنئة باعادة انتخابه رئيساً وشكره على مجهوداته الذى قررت فى الجلسة العمومية المنعقدة فى ٦ يناير سنة ١٩٢٣ أرساله الى سعادته وقد تكرم سعادته فى خطاب رده بابداء النصائح الأبوية والفنية وتمنى للجمعية والاعضاء كل تقدم ونجاح

ثم تلا السكرتير أيضاً خطاباً من صاحب السعادة الدكتور عيسى حمدى باشا رئيس الجمعية الطبية بمصر رداً على الخطاب الذى بلغ به سعادته تقديم (لقب رئيس شرف للجمعية الطبية المصريه بالاسكندرية) اليه حسب قرار الجمعية العمومية المومى اليها

ثم ذكر السكرتير أن جناب ناظر مدرسة الطب بمصر ارسل يعلم حضرات الاطباء أعضاء الجمعية خريجى القصر العينى بميعاد انعقاد حفلة توزيع الشهادات والجوائز فى مدرسة الطب لحضور من يرغب ثم عرض السكرتير اقتراحاً من أحد الاعضاء وهو حضرة الدكتور حلمى رجب بك يرجو أن يتطوع أحد الاعضاء لالقاء محاضرة — (تشخيص الامراض بعد الوفاة)

ثم دعى حضرة الدكتور ابراهيم افندى صبرى رئيس قسم الجلد بالمستشفى الأميرى فالقى محاضرة عن .

الجديد فى دراسة الدرجة الاولى من الزهرى واهمية علاجه
— الأجهاض —

ثم دارت المناقشات فى موضوعها :

فالدكتور عبد الهادى خليل سأل المحاضر هل يقتصر فى المعالجة الاجهاضية على استعمال السلفرسان فقط بدون الزيبق فاجاب نعم أن السلفرسان والمركبات الزرنيخية هى فقط المستعملة وكافية جداً للشفاء الاجهاضى

والدكتور نجيب افندى قناوى ذكر أن الشرعية كثيراً ما تستدعيه للاجابة على اشياء مشكوك فيها جداً فى الزهرى وانه يرغب استشارة الزملاء فيها .

فمثلا شخص متزوج بامرأة ادعت عليه انه مصاب بالزهرى وتطلب الانفصال عنه فالمحكمة تسأل عن حقيقة مرضه وهل هو يسبب العدوى وما تاريخ اصابته وهل يمكن شفاؤه ؟ فكثيراً ما يوجد عند الفحص أثر التحام لقرحة ومن الصعب تحديد عمرها وربما توجد عقد متورّمة ولكن بشكل غير مضبوط كتورم الزهرى حيث ان المريض ربما كان قد عولج كثيراً وقليلا

فاجاب الدكتور صبرى انه اذا وجد أثر قرحة ملتحمة فيرجح أنه قد مضى عليها نحو ستة شهور وربما اكثر وأنه من الصعب جداً الحكم فى ذلك أما عن هذه العدوى فى هذه الاحوال التى لا يوجد بها الا أثر القرحة الملتحمة فان الاستاذ فنجر الشهير قد أثبت بكل وضوح ان المنى معدى وكذلك لبن المرضع المريضة وان العدوى فى المنى مسببة ليس من وجود اللولبيات فى الحيوانات المستوية بل من وجودها فى السايل المنوى . . . وانه فى هذه الحالات يلزم فحص الدم لتفاعل واسرمان والحكم على كل حال دقيق صعب حيث تمكن العدوى مع كون النتايج كلها سلبية . وسأل الدكتور قناوى أيضاً هل تظهر اللولبيات دائماً فى الفحص المجهرى للقرحة الاولى فاجاب الدكتور صبرى بدوام ذلك مع الالتفات لدقة الفحص بطرقه المعروفة

وذكر الدكتور عطيه ان من الطرق العلاجية الاجهاضية كى أو استئصال القرح التى توجد على القضيب بعد العدوى بيومين أو ثلاثة على الاكثر بمعنى انه قد جرب فى بعض الرجال الذين قصدوا بعض الاطباء فى أوروبا بعد اتصالهم بامرأة وتأكدهم أو شكهم فى مرضها أن وجد الاطباء قرحة صغيرة فى القضيب ففى بعض الاحايين استئصلت تلك القرحة أو كويت ونجا المريض من العدوى

فاجاب الدكتور صبرى انه من الصعب الحكم على مدخل اللولبيات فى القضيب فكما انها قد تدخل فى قروح كبيرة يمكن أن تدخل من قروح

لا تراها العين المجردة بل الميكروسكوب وعلى هذا فالعلاج بهذه الصفة غـير مضمون

وسأل الدكتور احمد حامد البكتريولوجي هل ما يسبب تورم الغدد فى الدرجة الاولى هو وجود اللولبيات نفسها أو التوكسين أى السم الذى تفرزه فاجاب الدكتور صبرى هو وجود اللولبيات بعد خروجها من القرحة الى المسافات الليمفاوية ومنها الى الأوعية والغدد المجاورة

وقام حضرة الدكتور احمد قدرى من الضيوف مبيناً انه سمع من المحاضر أنه ذكر ان دور التفريخ قد يكون مدة أسبوع على الاقل . ولـكنه قد قرأ كثيراً من الـكتب وخصوصاً الفرنسية فلم يجد ذلك اذ أن أقصر مدة ممكنة للتفريخ على رأيه هى عشرة أيام وما قل عن ذلك يكون من الندورة بمكان

فاجاب الدكتور صبرى ان مدة أسبوع للتفريخ موجودة ومشاهدة كثيراً فى ألمـانيا والنمسا حيث يستشير المرضى أطباءهم عند ظهور أى عرض لهم فاشار الدكتور قدرى انه ربما كان سبب هذا الفرق هو تغير عوارض الأمراض ودرجاتها بتغيير البيئة اذ نفس دقة الاهالى موجودة فى فرنسا مثلا . وانه هو قد اشتغل فى جملة أعمال خاصـة بالامراض الزهرية أيام الحرب فلاحظ أن ١٠ أيام هى أقصر مدة ممكنة

ثم أشار الى أن المحاضر ذكر أن الدرجة الاولى فى الزهرى هى من بدء العدوى الى ظهور تفاعل واسرمان موجباً أى بعد ظهور القرحة الاولى وتورم غددها بعدد من الأسابيع وأن المعالجـة الاجهاضية يلزم أن تكون فى هذا الوقت أى قبل ايجابية تفاعل واسرمان ولـكنه شخصياً يرى أنه بمجرد وصول المرض الى الغـدد وتورمها يكون المريض قد دخل فى الدرجة الثانية أى بعد ظهور القرحة الصلبة الاولى بجملة أيام قليلة وأن هذا هو الوقت الحقيقى الذى تنفع فيه المعالجة الاجهاضية نفعاً جزيلا جداً

فاجاب الدكتور صبرى ان تورم الغدد التى بجوار القرحة ما هو الا جزء من الدرجة الاولى وان اللولبيات بعد وصولها الى الغدد تمضى عليها آونة طويلة قبل خروجها الى الجسم عموماً حيث يدل على ذلك ايجابية تفاعل واسرمان الذى يشير الى وجودها فى الدم و بعد ذلك تبدأ العوارض للدرجة الثانية

وأنه قد عولج كثيراً جداً بالطريقة الاجهاضية فى أوروبا أى بالحقن ٦ جرام سلفرسان أو ما يقابله المركبات الزرنيخية الأخرى فى هذه المدة وشفوا ودليل شفائهم بالطبع لم يستدل عليه بمضى الوقت الطويل وعدم ظهور عوارض ثانويه بل بان بعضهم قد عاد بعد عدة شهور أو سنين بقرحة زهرية جديدة مما يدل على أن العلاج الاجهاضى كان شافياً حيث انه اذا لقح مريض بالزهرى فى الدرجة الثانية مثلا بالزهرى مرة جديدة لا تظهر عليه قرحة صلبة بل تظهر عوارض الدرجة الثانية وكذلك فى الدرجة الثالثة لا تظهر عوارض الدرجة الاولى ولا الثانية بل عوارض الدرجة الثالثة مثل الاورام الصمغية

فالمريض الذى نعالجه علاجا اجهاضياً ثم يعود بعد سنين بقرحة جديدة لا بد انه لم يكن فى الدرجة الثانية أو الثالثة التى كان يجب أن يكون فيها بعد مرضه الاول أى لا بد من انه كان قد شفى

وعلى كل حال فالعلاج الاجهاضى موضوع جديد قد جاء بنتائج جليلة وهو يطرحه لاتباعه وملاحظته بكل تفاؤل

ثم ذكر الدكتور قدرى العلاج الواقى الذى اتبعه الجيش الامريكى خصوصاً أثناء الحرب وهو اعداد حجر خاصة للجنود يدخلونها بعد الاتصال بالنساء فيغتسلون جيداً بالماء والصابون ثم يدعكون أعضاءهم التناسلية جيداً مدة عشر دقائق بمرهم كالوميل ٣٠ ٪ وان هذه الطريقة قد قللت العدوى بالامراض الزهرية فى الجيش الامريكى الى درجة عظيمة واتبعتها الجيوش الاخرى

ثم دارت جملة مناقشات أخرى وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء م

السكرتير

عبد الواحد الوكيل

تصحيح خطأ

حصل خطأ مطبعى فى تقريظ كتاب أمراض العيون اذ ورد فى صفحة ١٧٣ عدد فبراير سنة ١٩٢٣ (أعد فصلا آخر لتأثير النور الساطع على العين فى المناطق الحارة والمعتدلة ربما كان أتعس ما كتب) والحقيقة أنفس ما كتب ولذا لزم التنبيه

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها بالأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

The Egyptian Medical Journal

العـدد الرابع — ابريل سنة ١٩٢٣ — السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشاً فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى دفتر ٦ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الرابع | ابريل سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

الموت الفجائى

للدكتور محمود بك ماهر

الموت الفجائى هو من أهم المسائل التى يشتغل بهـا الطب الشرعى ولذلك أرجو أن يسمح لى بالتكلم عنه بتطويل لا سيما وأن كثيراً منا ليس فى مقام يمكنه من معرفة الاسباب العديدة التى تبعث على حصوله فبينما يكون من السهل دراسة الامراض التى تصيب مرضى المستشفيات ومعرفة الأحوال المرضية التى تسبب وفاتهم فانه يصعب جداً معرفة تلك الأحوال فيمن يموتون فجأة فى الطريق أو فى منازلهم أو فى القهوات لأن هؤلاء يبلغ عنهم البوليس الذى ينتدب طبيبه للكشف على الجثـة وعمل تقرير عنها وهذا الأخير يتحقق من عدم وجود اصابات بظاهر الجثة ويقرر ذلك بحق فى تقريره ولكنه يخطئ اذا قال بأن الوفاة نتيجة تمزق أنيورزم أو احتقان فى المخ أو سكتة قلبية لأنه فى الحقيقة لا يمكنه أن يعرف سبب الوفاة بدون عمل الصفة التشريحيـة . فلماذا اذاً يأخذ على نفسه أن يقرر شيئاً غير مستند الى حقيقة

وقد وجدت أن الوفيات الفجائية تكون أكثر من نصف الأحوال التى تعمل عنها الصفات التشريحية أما فيبر فوجد أن الوفيات الفجائيـة ووفيات اللقطاء تكون نحو ثلثى الأحوال التى ترسل للمشرحة وتكون موضوع فحص طبي شرعى

وأنى أعطى هنا أمثلة عن الأحوال التى تدخل فى العمل تحت الوفيـات الفجائية

١ — شخص مسن سائر فى الطريق يسقط ميتاً

٢ — شخص يوجد فى الصباح بواسطة المارة أو البوليس ملقى فى الطريق ميتاً أو فى حالة النزع يموت أثناء نقله للمستشفى أو عقب وصوله بقليل وقبل تشخيص المرض

٣ — شخص فى الغالب بين سن ٥٠ — ٧٠ تحصل له غيبوبة قصـيرة تامة أو جزئية تعقبها الوفاة

٤ — شخص يحصل له قئ يعقبه الوفاة

٥ — شخص مسافر يقطع تذكرة يموت فجأة على رصيف المحطة أو فى القطار

٦ — شخص يقطن منزلا أو غرفة على حدة يختفى ثم بعـد مضى أيام يشم الجيران رائحة كريهة من الغرفة التى يسكنها فيبلغون البوليس الذى يأتى و يفتحها فيجد الشخص متوفياً وفى حالة تعفن

٧ — شخص يوجد ميتاً فى غيطه أو فى مزرعته

٨ — شخص يتناقش مناقشة حادة مع آخر تؤدى الى تماسكهما يسقط ميتاً.

فى جميع هذه الاحوال وكثير مثلها تكون الوفاة موضوع فحص طبى شرعى لأن الوفاة لم تكن منتظرة ولم يعرف وجود مرض يسبب الموت والقليل الذى يعرف قد يكون شبهة فى أن الوفاة قد تكون تسببت عن تعاطى مواد

سامة مهيجة كالزرنيخ أوكالأفيون والمواد المخدرة الأخرى ولأنه كثيراً مايترك المتوفى ثروة وراءه تجعل هناك محلا للشبهة فى ورثته لا سيما اذا علم أنه كان يوجد نزاع بين المتوفى وورثته الخ . كل ذلك يجعل تدخل البوليس والنيابة ضرورياً قبل التصريح بالدفن ويجعل الوفاة موضوع فحص طبى شرعى

فما هو الموت الفجائى وما الباعث على حصوله ؟

هذا هو الموضوع الذى اخترته لاتكلم لكم فيه — المعروف أنه لا يموت شخص فجأة بدون اصابة عارضية أوجنائية ما دامت جميع أعضائه سليمة — ولكن هناك أمراضاً تنتاب صاحبها ويتقدم سيرها فيه ببطء بدون التفات من المريض حتى أنه قد لا يشعر بما يوجب عليه أن يعرض نفسه على طبيب مطلقاً وهذه الامراض قد تنتهى بطبيعتها بموت سريع -- فما هذه الأمراض ؟

هى البول السكرى : وتصلب الشرايين العام المصحوب بضمور فى الكلى . فالشخص المريض بتصلب الشرايين قد يعيش عيشة هنية ويتمتع ظاهرياً بصحة جيدة عدا ما قد يشعر به فى بعض الاحيان من اضطرابات فى المعدة مما ينسبه لسوء الهضم فلا يشعر بشىء يظهر له حقيقة حالته الصحية مع كونه فى هذا المرض البطىء التكون الطويل السير قد يموت فجأة نتيجة انفعال أو برد بسيط — والمريض بالبول السكرى قد يظهر صحيح البنية يأكل وينام جيداً ولكن يأتى يوم تحدث له فيه غيبوبة ويتقايأ ثم يموت بينما يشتبه من حوله فى أنه متسمم

ولذلك عرف برواردل الموت الفجائى بانه النهاية السريعة غير المنتظرة لمرض حاد أو لمرض مزمن يتكون فى الغالب بشكل سرى لا يشعر المريض ومن حوله به

ومع ذلك فتوجد بعض أمثلة للموت الفجائى يمكن تشخيصها بدون تشريح ولا لزوم لابلاغ البوليس والنيابة عنها

فنزيف الدماغ « السكتة المخية » كثيراً ما يسبب الموت السريع الغيرمنتظر ولكن اعراضه الأولية والثانوية معروفة لكل شخص لدرجة جعلت عدم وجود ضرورة للتبليغ عنه . ولذا فالوفاة المسببة عن النزيف الدماغى هى أقل الأحوال التى يتداخل فيها القانون والتى نراها فى المشرحة الطبية الشرعية

الموت الفجائى يحصل فى نهاية أمراض كثيرة منها السل الرئوى والسرطان وكلنا يعرف الاغماء الذى ينتهى بالوفاة فى أحوال السل الرئوى ونعرف أنه فى نهاية هذا المرض وفى السرطان قد يموت المريض فجأة بالانسداد المخى وكذلك تحصل الوفاة الفجائية فى كثير من الامراض الحادة والمعدية . ولكن هذه كلها عوارض فى أمراض معروفة لا تدخل فى موضوع اليوم لان الأحوال التى نريد أن نتكلم عنها اليوم هى التى تنتهى بموت فجائى غير منتظر فى مرض نجهل وجوده وقد تقدم فى سيره بدون لفت النظر اليه ولنسرد الآن التغيرات المرضية التى تبعث على حصول الموت الفجائى غير المنتظر ولتسهيل ذكرها نقسمها الى

١ — تغيرات مرضية فى جهاز الدورة الدموية

٢ — « عرضية فى الجهاز التنفسى

٣ — « مرضية فى الجهاز العصبى

٤ — « « « الهضمى

٥ — « « « « البولى والتناسلى لا سيما الاعضاء التناسلية للمرأة

٦ — أمراض بنية كالبول السكرى والبول الزلالى وميوعة الدم

ثم نبحث بعد ذلك فى الموت الفجائى فى الاجنة المولودة حديثاً وفى الاطفال الذين يقل عمرهم عن سنتين لا سيما وان الموت الفجائى كثير الحصول فى صغيرى السن كما هو فى المسنين وكثيراً ما كان الجهل بأسبابه سبباً فى تخبط كثير

من الاطباء الشرعيين . ولكن يجب أن لا ننسى أنه يوجد بخلاف الامراض العضوية حوادث أخرى تسبب فى بعض الاحيان الموت الفجائى وتشمل هذه الحوادث بعض أعمال العنف والشجار — الغضب — الانفعال النفسانى وفى بعض الاحيان استعداد طبيعى شخصى

وسأنتهز هذه الفرصة للبحث فى تأثير الحر والبرد وذلك لأن الكثير ميال لنسبة الموت الفجائى لحادث خارجى استثنائى

وأود أن ألفت النظر هنا الى أمر ذى بال وهو أنه مهما وقفنا فى الصفات التشريحية التى نعملها على أحوال الموت الفجائى ومهما كانت معارفنا واطلاعنا على أسباب الموت الفجائى نقابل فى بعض الاحيان أحوالا لا يمكننا تفسير سبب الوفاة فيها والنسبة ليست صغيرة كما قد تظنون بل هى تزيد عن ٥ ٪ وكثيراً ما تكون الجثة التى يطلب منا فحصها فى حالة تعفن رمى متقدم تجعل كشفنا غير كامل وتدقيقنا مهما كان كبيراً عديم النتيجة وكل ما أرجو أن يبقى فى بالنا أننا قد لا نصل فى بعض الأحيان الى السبب الذى أدى للموت وبما أن رجال الامن ورجال القانون لا يهمهم معرفة المرض الذى سبب الموت الفجائى بقدر ما يهمهم معرفة ما اذا كان الموت الفجائى جنائياً من عدمه ففى هذه الاحوال يكفى أن نقول لهم أننا لم نجد آثار عنف أو تسمم بالجثة وأن الموت لم يكن بسبب جنائى

التغيرات المرضية فى الدورة الدموية

التى تسبب الموت الفجائى

١ — فى القلب

٢ — فى الأوعية الدموية (الشرايين والاوردة والاوعية الشعرية) لا سيما فى أوعية المخ والكلى

أمراض القلب

عضلة القلب تكون أهم عضو فى الدورة الدموية وعملها قد يقف حتى مع سلامة الصمامات فى بعض الامراض التى قد لا يمكن تشخيصها أثناء الحياة وهى

زيادة تشحم القلب : ارتشاح شحمى — يوجد طبيعة قليل من الشحم على سطح القلب ويبدأ تكونه فى نهاية الشهر الاول من الحياة ويزيد تدريجياً مع تقدم السن وكلنا نشاهد الخطوط الصفراء التى تسير مع أوعية القلب والبقع الصفراء المنتشرة هنا وهناك غير القاعدة التى تدل على وجود الشحم . فاذا زاد هذا الراسب الشحمى كثيراً تختفى عن أعيننا عضلة القلب وتظهر كأنها مغلفة بطبقة من الشحم صفراء أما اذا لم تكن الزيادة بهذه الدرجة فيرى التشحم راسباً على القلب بشكل بقعى أصفر منتشراً على سطحه ومغطى للعضلة فى هذه البقع فاذا عملنا شقوقاً فى هذه البقع الشحمية قد نراها على سطح العضلة فقط وقد نراها ممتدة للداخل بين الالياف العضلية ومفرقة لها وضاغطة عليها . وقد لا يمكن مشاهدة الالياف العضلية فى بعض هذه البقع الا بمساعدة الميكرسكوب

الشخص الحى المريض بتشحم القلب لا يعرف أنه مريضاً فهيئته تدل على صحة جيدة . وقد يكون نفسه قصيراً قليلا ولكنه لا يشكو أبداً من عسر التنفس أو من اعراض ذبحة قلبية مما قد تنذره بمرضه والطبيب قد لا يجد به سوى بعض تمدد خفيف بالقلب وأصوات قلبية أضعف قليلا عن الطبيعية ولكنه يصعب عليه أن يشخص الحالة تشخيصاً مضبوطاً ومع ذلك فالشخص مريض بمرض فى القلب يجعل عنده استعداداً كبيراً للموت الفجائى

وهذا المرض ينتاب الاشخاص فى الدور الثانى من الحياة أى بعد سن ٤٠ فى الغالب ولكنه قد يصيب غلماناً فى سن ١٥ — ١٦ فقد ذكر بروارديل حالتين شاهدهما فى سان بارب بباريس وهى أن غلامين ماتا فجأة فى حمام بارد

وفى كليهما وجد القلب عليه من الشحم كمية استحال معها رؤية الالياف العضلية ومثل هؤلاء الغلمان الفقراء الذين ينشأون فى المدن فى جو ردئ الهواء تصحبه تغذية سيئة فبعد أن تنمو أجسامهم وعقولهم حتى سن العاشرة تقف عن النمو فيسمنون و يتأخرون عن زملائهم أولاد الارياف وتكبر ثدياهم وفى بعض الاحيان يتكون بها خراجات وهؤلاء الغلمان يكونون كثيراً ككيس من الدهن . هؤلاء الاولاد لا يجوز لهم أخذ الدوش البارد لان أى صدمة عنيفة للدورة قد يتسبب عنها وقوف حركة القلب والوفاة الفجائية

<u>الاستحالة الشحمية لعضلة القلب</u> : هنا لا نرى البقع الصفراء المنتشرة على سطح القلب انما التغير يكون اعمق فالالياف العضلية نفسها بها ضمور شحمى . وهذا التغير يحصل فى بقع بحيث أنه عند ما نعمل قطاعا فى القلب ونغسله نرى به جزراً صغيرة باهتة بنية اللون أو حمراء داكنة كاوراق الشجر الميت .

هذا المرض يتكون تدريجياً فى الخفاء وفى الغالب يصيب القلب المتضخم و يسبب الاخطار عينها التى تنشأ عن تشحم القلب . وانى أذكر لكم ثلاثة أحوال من هذا القبيل

١ — رجل سنه ٤٥ سنة بصحة جيدة دخل المستشفى يشكو من ضيق فى قناة مجرى البول مات فجأة عقب عودته من دورة المياه والتشريح أورى وجود ضمور شحمى فى عضلة القلب مصحوب بتضخم و بعض تصلب فى صمام الاورطى

٢ — رجل فى سن الستين بصحة جيدة معه تذكرة سفر لدمنهور سقط على رصيف محطة مصر قبل أن يركب القطار والتشريح أورى تضخما فى القلب مع ضمور شحمى فى عضلته . أما الصمامات فكانت سليمة . والشرايين متصلبة خفيفاً كذا الكلى كان بها

مرض حبيبى مزمن

٣ — سيدة سن ٧٠ سنة بصحة جيدة ظاهراً توفت عقب قيامها من النوم وتركها السرير وفى التشريح وجد بالقلب ضمور شحمى لا سيما البطين الايسر ولو أن حجمه كان طبيعياً وصماماته سليمة. وباقى الأحشاء كانت طبيعية ما عدا الكلى فوجد بها أيضاً التهاب مزمن

وأنى أذكر هذه الامثلة لاستنتج منها أن الاستحالة الشحمية فى القلب قد تكون موجودة مختفية باعراض أمراض أخرى (اذ أن القلب قد لا يعطى علامة اكلينيكية ظاهراً عند الفحص أثناء الحياة)

الاستحالة الليفية للقلب : تنشأ فى أغلب الأحيان عن انسداد فى الافرع الصغيرة للشرايين الاكليليه للقلب نتيجة تصلب فيها وتتكون تدريجياً و بشكل بقع وجزر صغيرة وقد تصحب العضلات الصغيرة المحركة للصمامات وهذه قد تمزق نتيجة زيادة فى الضغط الدموى فتحدث الموت الفجائى وعضلة القلب نفسها متى ما تقدم فيها الضمور يصاحبها غالباً تضخم وتمدد فى القلب ليحصل التكافؤ اللازم وقد لا يكون لكل هذا من شكوى ظاهرة للمريض حتى الموت الفجائى فنشاهد الحالة عند التشريح

الالتهاب الحاد فى عضلة القلب : كذلك ينشأ فى بعض الاحيان عن التهاب حاد فى عضلة القلب كما قد يحصل فى بعض الحميات العفنة كالحمى التيفوديه أو الجدرى والالتهاب الرئوى والروماتيزم الحاد والدفتيريا

أورام زهرية بالقلب أو تليف زهرى بالقلب :

فى الاولى تكون الاورام من حجم رأس الدبوس لحجم الجوزة وقد تبرز فى تجويف القلب أو فى التامور وقد ينشأ عنها أنيورزم أو انفجار والثانية يصحبها اما ضعف أو تمدد أو صلابة يصحبها ضعف . وفى كلتا الحالتين قد يحصل

الموت الفجائى بدون اعراض أو عقب حصول اعراض متقطعة كاضطراب أو سرعة فى حركة القلب . اغماء أو اعراض ذبحه — ضيق فى التنفس يصحبه هزال وضعف عام وفى بعض الاحيان أوزيما

تمزق القلب (انفجار القلب) بسبب تليف العضلة القلبية وضعفها يحصل من الداخل للخارج تدريجياً وتكون الفتحة أصغر فى الداخل وأوسع فى الخارج.

برواردل يحكى عن شخص سن ٨٠ أصيب بآلام شديدة فى قسم القلب تحسنت مع الراحة والمورفين ولما زالت تقريباً سمح للمريض بالمشى قليلا ولكنه مات فجأة أثناء اشعاله سيجارة والتشريح أورى وجود ضمور فى قمة البطين اليسارى وانثقاب فيه نتيجة تمزق من الداخل للخارج

التمزقات الناشئة عن اصابة تصيب فى الغالب الجهة اليمنى من القلب ولكنها قد تصيب الجهة اليسرى أو الجهتين معاً والحالة التى أسردها لكم حكاها الدكتور جروم واهميتها ليس فقط اصابة البطين اليسارى بل المدة التى مضت على الاصابة حتى الوفاة

ولد عمره ١٦ سنة انحشر صدره بين عريش دوكار وحائط اصيب بما الزمه الفراش خمسة ايام ثم كان يشعر بضعف وتعب الى ان توفى فجأة بعد مضى شهر من الاصابة والتشريح اورى امتلاء التامور بالدم ووجود انثقاب فى قمة ما يشبه الانيوريزم فى الجدر الخلفية للبطين اليسارى مما يشير الى ان الاصابة احدثت تمزقاً بالطبقات الباطنية لعضلة القلب ازداد تدريجياً حتى وصل للانفجار الذى ادى للوفاة . ويجب ان نلاحظ ان الوفاة فى تمزقات القلب لا تحصل دائماً من النزيف بل قد تحصل من قلة الكمية التى يرسلها القلب فى الدورة ومن الضغط الذى تحدثه الجلط الدموية على القلب نفسه . كما اننا يجب ان نذكر ان انفجار القلب الذى سبب نزيفاً بالتامور ليس من الضرورى ان يحدث الموت الفجائى

وانى اذكر لكم حادثة رواها المسيو مولان [1] عن شاب سن ٢٠ سنة اصيب بصدمة فى الصدر اثناء لعب كرة القدم لعب بعدها ٢٠ دقيقة لكنه اغمى عليه حين دخل منزله حيث كان يتألم كثيراً من صدره الأيسر وعنده عدم قدرة على البلع ولم يكن هناك زيادة فى اصمية القلب اولا ولكن بعد ثلاثة اسابيع شكا بضيق فى التنفس شديد وشوهد تمدد فى الجهة اليسرى من الصدر مع صمية وعدم حركة والغاط فى القلب كانت ضعيفة تقريباً غير مسموعة . عمل شق فى التامور ونزل منه ١٥٠٠ جرام من الدم . حصل ان ضيق التنفس زال بسرعة والمريض شفى فى النهاية

التهاب التامور Pericanditis : — ونبحث الآن فى اصابات التامور بدون أن ندخل فى تفاصيل الالتهاب التاموري الحاد الذى تعرفون أعراضه جيداً . أنما أريد أن أتكلم على الالتهابات التى توجد وحدها أو تسبق ظواهر الروماتزم أو التى تظهر فى بعض الاحوال بشكل فجائى فى المدمنين على الخمر فأن السائل الدموى أو المصلى أذا كان كبير الحجم يجعل حياة المصاب فى خطر .

وقد ذكر الاطباء سنورجس ووليامس فى لانست ٢٥ يوليو سنة ١٨٨٥ حادثة تكون فيها السائل التاموري تدريجياً بدون شعور المريض الذى كان عمره ٧ سنوات وهو ظاهر فى صحة جيدة للغاية أكل أكلة كبيرة ثم لعب الكرة مدة ساعة ونصف ثم جرى للمدرسة حيث اغمى عليه وسقط ميتاً .

وقد شاهدت حادثة ولد فلاح سن ٢٢ سنة من طوخ كان فى الظاهر بصحة جيدة يشتغل فى غيطه ويحول المياه من حوض الى حوض فأذا بآخر اعترضه يريد تحويل المياه جهة غيطه فتماسكا وتجاذبا قليلا ثم افترقا ولكن المعتدى مسك عصى رفيعة خيزران وضرب بها الاول على اليته فسقط ميتاً وفى التشريح لم اجد سوى اثر العصا على الالية ولكنى وجدت سائلا مصلياً كبيراً فى التامور قدر

(1) Transactions of chinical Society London March 1897

بنحو ٩٠٠ جرام و بعض زوائد فبر يذيه والتفسير فى الحالة الاولى ان الاكلة الكبيرة والرياضة العنيفة كانتا باعثاً على حصول الموت . وفى الثانية ان المجهود الذى حصل اثناء التنازع والتماسك كان الباعث على حصول الموت اما الضربة على الأليه فلم يكن لها دخل فى الوفاة

وقد ذكر الدكتور رولسن فى ديسمبر سنة ١٩١١ حالتين من هذا النوع

١ — رجل فى سن الخامسة والثلاثين سقط فى نهر فى ٢٥ ديسمبر سنة ١٩١٩ وانقذ بدون حصول ضرر ظاهر وكان بصحة جيدة الى يوم ٢٨ حيث شعر بألم (نغز) تحت الثدى الايسر بعد الظهر وصعوبة فى التنفس فنام مبكراً ولما اشتدت عليه الحال ارسل فى طلب الطبيب الذى وجده قد مات عند وصوله المنزل والتشريح اورى وجود التهاب بلوراوى خفيف مصحوب بانسكاب كبير فى التامور قدر بنحو ٥٠٠ جرام

٢ — عامل فى منجم بعد عشوة كبيرة توجه لعمله فى الليل تقاياً وشكى من ضيق فى التنفس وقبل احضار الطبيب اغمى عليه ومات

التشريح انسكاب مصلى فى التامور .

وتعلمون حضراتكم ان عملية بذل التامور فى الاحوال التى يكون فيها الانسكاب كبيراً يحصل اثناءها فى بعض الاحوال وقوف القلب والموت لذلك يجب دائماً الاحتياط بعمل العملية بحضور زميل و بعد انذار اهل المريض باحتمال الخطر فى العملية

ومن الاسباب التى تعرض التامور لمثل هذه الالتهابات دخول جسم غريب وقد ذكرت حالة سيدة كانت سائرة فى الطريق فشعرت بألم فى الصدر واغماء وتوفيت فى المستشفى بعد ست ساعات فوجد ان ابرة خياطة وجدت طريقها للقلب والتامور واحدثت نزيفاً بالاخير . وحالة انثقاب قرحة معدية

فى الحجاب الحاجز والتامور كما حصل فى الحالة التى ذكرها المستر فتويك سنة ١٨٩٧

التهاب التامور قد ينشأ عنه تكون اغشية كاذبة قد تغطى سطحه او توصل بينهما فاذا كانت الالتصاقات قصيرة اوكان السطحان ملتصقين كثيراً فهذا مما يمنع القلب من التمتع بحركته الطبيعية لا سيما اذا استدعى لعمل مجهود ولذلك فكثير من احوال الموت الفجائى التى نشاهدها بالمشرحة سببها التهاب التامور الالتصاقى وفى هذه الاحوال تتأثر عضلة القلب تدريجياً فيحصل به تضخم ثم نشاهد بها مقابل الالتصاقات بقع استحالة ليفية . وهنا مجهود كبير أو انفعال نفسانى يزيد فى الطلب على عمل القلب قد يتسبب عنه الموت الفجائى ولأذكر لكم حادثة الفلاح الذى شاهد ثلاث نساء يسرقن من غيطه فزعق عليهن على بعد فلم يعرنه اهتماماً فجرى نحوهن وجرين أيضاً لكن احداهن سقطت مغشياً عليها وشوهد عندها ضيق فى التنفس فذهب اليها الفلاح ليساعدها ما أمكنه ولكنها ماتت واتهمته الحرمتان الأخريان بأنه ضربها حتى أماتها ولكن التشريح أورى ان الموت تسبب عن التهاب تامورى التصاقى ولم يكن هناك شىء آخر يمكن نسبة الوفاة اليه. والآن ننتقل لامراض الصمامات

عدم تكافؤ صمامات الاورطى الذى يعقب فى الغالب الروماتزم المفصلى فى الصغر يجعل عند صاحبه استعداداً للموت الفجائى ولو أنه قد يعيش عدة سنوات و يعرف ببهتان الوجه والنفخ القلبى والنبض الخاص المعروف بنبض « كوريجان » فالشرايين السباتية ترى تنبض بشدة ظاهرة فكيف اذاً يحصل الموت الفجائى فى هذا المرض ؟

يظن موريك أن السبب هو الانيميا القلبية التى تنشأ عن عدم حصول الشرايين الاكليلية على كفايتها الطبيعية من الدم . اذ فى القلب السليم يحصل أن الدم يطرد فى الاورطى بانقباض البطين وعند ما تكون الصمامات

سليمة يمنع رجوع الدم كلية للبطين وقت ارتخائه وبذا يحفظ الضغط الدموى عند مدخل الشرايين الاكليليه لدرجة كافية لحصولها على احتياجات القلب من الدم . أما عند ما تكون الصمامات مريضة فهى لا تمنع الدم من العودة للبطين فى دور الارتخاء فيعود جزء قليل أو كبير بحسب درجة المرض للبطين . وبذا يصير الضغط الدموى أقل عند فتحات الشرايين الاكليليه فلا يمكنها والحالة هذه الحصول على احتياجات القلب من الدم بل وقد تخلو من الدم مما قد يؤدى الى وقوف القلب (السكتة القلبية) وهذه النظرية حقيقية الا أنها ليست كل ما هناك اذ الواقع أنه فى هذا المرض يتضخم البطين اليسارى كثيراً ويكبر حجم القلب حتى سمى بحق قلب الثور Cor Bovinum وهذا التضخم هو عبارة عن رد فعل يساعد القلب على تأدية وظيفته الثقيله الناشئة عن المرض وقد يتمكن القلب من القيام بوظيفته لمدة ولكنه بعد قليل أو كثير من الزمن حسب المجهود الذى ألقى عليه تمرض عضلة القلب فتحصل بها استحالات شحمية وليفية وهى وان كانت أضخم وأكبر من الطبيعى الا أنها أضعف

وعلى ذلك فالقلب ليس فقط مصاباً بالانيميا . بل باستحالة شحمية أو ليفية تزيد فى ضعفه

كذلك الأمر فى اجزاء الجسم الاخرى فان حركة رجوع الدم للقلب وقت تراخيه تجعل توزيعه فى شرايين الجسم غير متناسب ولا مضطرد وينشأ عن ذلك أنيميا هنا وهناك ومن أهم الاجزاء التى تصاب بها الوجه والرأس . فيرى الوجه باهتاً ويصاب المخ بالانيميا ولذلك فمن رأيى أن الموت الفجائى فى عدم تكافؤ الصمام الاورطى ناشىء عن ثلاثة أمور

أولا — أنيميا القلب

ثانياً — استحالة شحمية وليفية فى عضلة القلب

ثالثاً — أنيميا المخ

فاذا اضطر المريض أن يعملى مجهوداً كبيراً أو أن يتحمل صدمة شديدة فقد يموت من سكتة قلبية أو من سكتة مخية . والمعروف أن الموت الفجائى فى هذا المرض هو مثال لهذا النوع من الموت فقد عرفناه يحصل أثناء المشى والأكل والتكلم والانفعال وحتى فى حالة الهدو

ويلاحظ هنا أن اصابة صمام مترال مع صمام الاورطى لها تأثير فى كثير من الاحيان على هذا الاستعداد للموت الفجائى فيقلله وربما كان ذلك ناشئاً عن أنه فى عدم التكافوء فى صمام مترال يحصل احتقان فى أجزاء الجسم المختلفة مضاداً بذلك مفعول مرض صمام الاورطى الذى تنشأ عنه الانيميا

وقد عرف أناس بالمرضـين عاشوا لسن الثمانين وكانت قلوبهم متمددة ومتضخمة .

عدم تكافؤ الصمام ذى الشرافتين : هنا الموت الفجائى أقل بكثير ولذ لا تتداخل النيابة وتطلب الكشف الا قليلا وذلك لان المرض عادة يتكون من ضيق التنفس والنهجان واوزيما الساقين أى انهم تظهر عليهم اعراض المرض ويكونون معروفين بأن عنـدهم مرض بالقاب لكن هناك حالتين قد تستدعى تداخل القضاء والاحتياج لعمل كشف طبى شرعى وهما :

أولا . فى بدء المرض وثانياً فى نهايته أى عند تقدمه كثيراً

ففى الحالة الاولى قد تكون هناك تغيرات باثولوجية فى عضلة القلب قبـل ظهور اعراض ضيق التنفس والورم فى الساقين ولذلك قد لا يعرف المريض أو أهله أنه مريض بالقلب حتى تحصل له نوبة احتقان رئوى قد تكون كافية لاحداث الموت الفجائى

وانى أذكر حادثة رواها بروواردل عن تلميذ فى الطب لا يعلم أنه مريض وكل أصدقائه يظنون أنه سليم . اكل كثيراً وفى الراجح شرب ثم رقص ولكنه أبطل الرقص فجأة لضيق فى تنفسه حيث ازرق وجهه ومات وفى التشريح تبين

أن عنده عدم تكافؤ فى صمام مترال وأن الرئتين ممتلئتان بالدم . ولا أخفى عليكم أن من أهم أسباب الاحتقان الرئوى الاكل والشرب الكثير . وقد كان الدكتور هيل ويت ينصح مرضاه بالقلب وخصوصاً بهذا المرض بعدم الرقص والجرى أو عمل أى رياضة عنيفة لا سيما عقب اكلة كبيرة

وكثيراً ما نشاهد الموت الفجائى فى أشخاص يجرون ليلحقوا بقطار . وفى الحالة الثانية عند ما يتقدم المرض قد يكون النبض ضعيفاً لا سيما فى البلاد التى يقطن كثير من سكانها الضواحى مثل لندره اذ ينسب كثير من هذه الوفيات لعدم تكافؤ صمام مترال على الاخص ولامراض القلب عامة وهناك قاعدة عامة وهى أن الشخص بعد سن الاربعين لا يجوز له أن يجرى ليلحق بقطار وفى الحالة الثانية عند ما يتقدم المرض قد يكون النبض ضعيفاً والاطراف السفلى متورمة بالاوزيما ربما يوجد ارتشاحاً عاماً . وقد تكون الاعراض الظاهرة خفيفة وغير خطرة ثم تتحول لحالة خطرة اذا أصيب المريض بنزلة شعبية . وذلك لان المرض يصحبه عادة احتقان فى الرئتين يزيد اذاً صاحبه ضيقا فى الصمام و يصير الرئتين أقل كفاءة لاخذ الهواء اللازم للجسم فحلول النزلات الشعبية يؤدى لحصول نوب اختناق قد تكون مميتة

كذلك يزيد خطر النزلات الشعبية فى هذا المرض اذا أصيب صاحبه كما يحصل كثيراً بمرض فى الكلى وزلال فى البول ولو قليل فان هناك خطراً من حصول أوزيما فى الرئتين بشكل حاد قد تكون قاتلة

ولكن قد تسألون ما شأن القضاء فى هذه الاحوال ولماذا يتدخل فيها فأجيبكم بأنه يتدخل لانه كثيراً ما تحصل نوبة الاختناق فى الليل و يطلب طبيب لاسعاف المريض خلاف طبيبه الذى يعرف مرضه وهذا كما تعرفون لا يتمكن من فحصه جيداً فيستعين بعمل حقنة مورفين وقد يكررها ليزيل آلام ضيق التنفس ويعطى المريض قليلا من النوم . ولكن المريض لا ينام

بل يموت فى غيبوبة بولية

هنا يتدخل القضاء و يسأل هل للمورفين دخل فى احداث الوفاة والجواب الذى أريد ان تعرفوه هو لان مثل هـذا المريض فى هذه الحالة كان يموت مهما أعطى أو عولج بأدوية أخرى كالحجامة والمقيئآت واستنشاق الاتير وكل هذه أيضاً كانت تلام وتنسب اليها الوفاة . فالمورفين لم يقدم حصول الغيبوبة الناشئة عن تسمم بولى اكثر من نصف ساعة وكانت ستحل على كل حال

لذلك أرجو أن تتذكروا دائماً انذار أهل المريض بخطر الحالة وانه قد يموت فى أى دقيقة سواء حقن أولم يحقن

عدم تكافؤ الصمام ذى الثلاث شرافات له التأثير عينه و يزيد الحالة خطورة اذا صحبه أنفزيما رئوية حيث ينشأ عن ذلك تمـدد كبير فى البطين الايمن ويعقبه اعاقة كبيرة فى الدورة الدموية الرئوية

التهاب الغشاء المبطن للقلب Endocardium

وبما اننا نتكلم عن أمراض القلب التى يتسبب عنهـا موت فجائى وتكون موضوع فحص طبى شرعى أرى أنه لا بأس من ذكر كلمتين عن الالتهاب الغشائى المبطن للقلب ومتى يكون موضوع بحث طبى شرعى ولو أنه لا يدخل تماماً تحت موضوع اليوم . لا أقصد التـكلم عن الاحوال الحادة التى تصاحب الروماتزم الحاد والتى ترفع الحرارة لدرجة ٤١ و٤٢ فان هـذه لا تأتى أبداً ضمن أعمالنا

انمـا أقصد الالتهاب العفن الذى يعقب اصابة صغيرة لا يهتم بها صاحبهـا ثم تنشأ عنهـا مضاعفات فى مصادفات تجعله موضوع بحث طبى شرعى . وانى أعطى لـكم مثلين :

شاب صغير عامل أصيب بجرح صـغير فى قدمه من نحو شهر ولم يهتم به رجع وسط يومه من عمله يشكو من تعب فى صدره قابله أبوه فظنه

متكاسلا فلطمه على وجهه لطمة أعقبها شلل نصفى وافازيا — نقل المريض للمستشفى وتبين أن عنده التهاب فى باطن القلب وعدم تكافؤ فى صمام مترال فعولج من الشلل وشفى ولكنه تبقى عنده بعض الافازيا

وتبين من ملاحظته ان سبب الاعراض المخية سدة انسابت من القلب وسدت الشريان المخى المتوسط والظاهر أن الانفعال النفسانى الذى تسبب عن تعنيف والده وضربه له كان الباعث على انسيابها

٢ ولد صغير ضربه معلمه بمسطرة على رأسه أحدثت بها جرحاً بسيطاً لم يهتم له لا هو ولا أهله به ولكن بعد قليل مرض الطفل وارتفعت حرارته وصار يخطرف وشخصه الطبيب التهابا سحائيا ونسبه للضربة على رأسه توفى الطفل وشرحت جثته فوجدنا السحايا والمخ طبيعيين ولكن باطن القلب ملتهبا التهاباً تقرحياً

هذا المرض كثيراً ما يخلف الاصابات والسحجات البسيطة ويكون سبباً فى الوفاة بنفسه أو غير مباشرة بأسباب سدة أو أكثر واحداث مواضع متعددة للعدوى وعلاجه الناجح هو حامض الساليساليك وسلسيلات الصودا وهى ذات تأثير كبير الا أنها يجب أن تعطى باحتياط للمصابين بالكلى عند ماتكون غير مؤدية لوظائفها فان هذه الاملاح بما لها من قوة التجمع تصبح علاجاً خطراً

والآن ننتقل للذبحة القلبية Angine Pections

ما هى الذبحة القلبية ؟ الى أن نعرف تماماً نوع التغيرات التشريحية والمرضية التى تسبب اعراض المرض يصعب جداً اعطاء تعريف لها ولو أنه يظهر انها ناجمة عن ضمور فى أحد أفرع الشريان الاكليلى وقد نسبت الذبحة لتشنج عصبى فى الشرايين الاكليليه

فى الذبحة الحقيقية يكون القلب طبيعى الحجم والمركز والعمل لا يمكن أن يشاهد أو يستشعر بشىء من جهتهما ولكن دائماً يكون واحد أو أكثر من

الشرايين الاكليلية أو فرع من فروعها مصاباً بالتصلب ويصيب فى الراجح متوسطى العمر من ٤٠ الى ٥٥ والرجال دون النساء الا فى النادر [1] فاذا عاش المريض وتقدم المرض فهذا المريض يموت موتاً فجائياً. والاغراض الوحيدة التى تشير الى وجود المرض هى تكرر الاغماء والاحساس بالألم

يؤيد ذلك هيردن وجاردنر وعلى ذلك فمتى تأكدنا من اصابة شخص بالذبحة يمكن دائماً التنبوء بموت فجائى

الوفاة فى بعض الاحيان وقتية وقد تعقب صدمة أو مجهوداً كما تحصل أثناء النوم الا أنها قد تحتاج لساعة أو ساعتين أو أكثر

لذلك كانت الذبحة القلبية من الامراض التى ينشأ عن الموت بها فى كثير من الاحيان تدخل القضاء ويكون موضوع بحث طبي شرعى فكثير منهم لا يعرف انه مريض بالقلب وشكواهم للاطباء قد تنسب فى أغلب الاحيان لآلام معدية أو معوية فالشخص المريض بهذا المرض قد يموت وهو جالس فى قهوة أو وهو يجرى ليلحق بقطار أو وهو يتشاحن مع آخر أو وهو نائم فى فراشه وفى هذه الحالة الاخيرة قد يجعل وجود منازعات عائلية أو مالية مجالا للشبهة فى الوفاة أو لاتهام فريق من العائلة لفريق آخر بأن له يداً فى الوفاة وقد تسبق الوفاة نوبة ألم شديدة يصحبها قئ فيوجه الشبهة للتسمم

وأنى أذكر لكم المثل الآتى : —

شخص أوسترالى زاد المقدار المؤمن به على حياته زيادة كبيرة وبعد سنة تقريباً كان بعيداً عن منزله فى لوكاندة شعر بألم عصى شديد فى الصدر فشرب قليلا ولما لم يزل الالم أخذ جرعة من الكلورال وقد سمع يئن فى الليل وفى الصباح

---

(١) من مائة شخص مريض بهذا المرض وجد هيردن ولداً سنه ١٢ وثلاث نساء والباقى رجال عمرهم حوالى الخمسين . وقد شاهد ويلد اصابة فى بنت سن ١٠ وأخرى فى سن ١٢ سنة

وجد متوفياً — عمل محضر وقضى فيه بأن الوفاة مرضية ولكن الشركة لم تقبل هذا القرار وقالت بأن الوفاة انتحار بالكلورال ولم تقبل أن تدفع التأمين فعمل تحقيق آخر وفحصت الجثة فوجدت الشرايين الاكليليه مصابة وقد قرر الدكتور مارتن الذى فحصها أن الألم والنزع اللذين صاحبا الوفاة (يئن) يدلان على أن الوفاة بالذبحة لان الوفاة بالكلورال لا يصحبها نزع ولا ألم . بل يكون التنفس هادئاً وقد تأيد هذا الرأى بالخطاب الذى أرسله المتوفى لزوجته يصف لها نوبة مرض أصابته تاريخه شهر قبل الوفاة وهذا نصه

« فى ليلة السبت صحوت من النوم باحساس اختناق وشعور بالخوف الشديد حتى انى ظننت أنها آخر ساعاتى » استمر بضع دقائق ثم زال ولو طال قليلا لما تحملته ولم أنم بعدها وفى الصباح توجهت للدكتور طومسون الذى بعد أن فحصنى قال ان المسألة غير مهمة والقلب سليم وقد تكون نوبة سوء هضم حاد (دسبسيا حادة)

والظاهر ان هذه كانت أول نوبة أصابته أما الثانيـة فكانت مميتة وقد اعتبرت المحكمة الوفاة مرضية بالذبحة القلبية

والذبحة قد تميت أثنـاء النوبة أو بين النوبات بالسكتة القلبية والسبب على ما يظهر لى تغيرات عضلة القلب (استحالة ليفية) المتسببة عن الانيميا الناشئة عن قلة التغذية بسبب مرض الشرايين الاكليلية

والطبيب الشرعى الذى يشرح الجثـة يجب أن يعثر على مرض الشرايين الكبرى ومرض الشرايين الاكليلية أو أحد فروعها فاذا لم يجد فلا يمكنه أن ينسب الوفاة للذبحة القلبية بل يجب أن يبحث عن سبب آخر فاذا لم يجد يجب أن يضم الحالة للاحوال الكثيرة التى لا يمكن فيها معرفة سبب الوفاة

أما القول بوجود تغيرات فى العقد العصبية أو التهاب فى العصب الرئوى المعدى أو عصب الحجاب الحاجزى Phrenic و بأنها تشاهد بشكل تيبس واحمرار

فى الاعصاب المذكورة لغاية ٣٦ ساعة بعد الوفاة فلم أنجح مرة واحدة فى تأييده مع انى شاهدت كثيراً من أحوال الذبحة . و يشك بر واردل كثيراً فى هذا الرأى و يعتبره عديم الاهمية لا سيما وأن عمل الصفة التشريحية كثيراً ما يتأخرعن ٢٤ ساعة ولذلك فالبحث عن هذه النقطة يكون عقيما . ومن رأيه أنه لا يوجد أساس نهائى لتشخيص الذبحـة القلبية فى جميع الاحوال بالصفة التشريحية ويرى أن مثل هذه الاحوال يجب أن تضم لاحوال الموت الفجائى الذى لا يمكننا معرفة سببه — يكفى أن نقر ر أنه لا توجد جناية فى الوفاة

أورام القلب : —

(١) تدرن الحاجز وجدر البطين

(٢) سرطان

(٣) هيداتد سيستس (اكياس ديدانية)

وكلها وان كانت احوالا نادرة جداً الا انه يجب تذكرها

حالة التهـاب رئوى بلوراوى

مسببة من عدوى بالفطر الشعاعى

بقلم الدكتور سليمان بك عزمى — الطبيب بمستشفى قصر العينى

لا اقصـد ان اكتب بحثاً ولا اكتشافاً جديداً ولـكنى قد صادفت حالة التهاب رئوى بلوراوى ناشئة عن عدوى الفطر الشعاعى عند احد مرضاى و بما ان هذا المرض نادر فى مصر وجدت من المناسب ان اشرحها لالفت نظر زملائى الاطباء الى امكان حدوث مثل هذا المرض فى مصر

اما مرض الفطر الشعاعى (اكتينو ميكوز Actinomycose) فهو مشاهد منذ زمن طويل فى البقر فهو يحدث فيها أوراماً خصوصاً فى الفك معروف بسركوم الفك . وقد اختلف المؤلفون فيمن شاهده لأول مرة فى الانسان فالفرنساويون يقولون ان ليبير شاهد أول حالة فى باريس سنة ١٨٤٨ ويقول الالمان ان اسرائيل شاهد أول حالة ببرلين سنة ١٨٧٧

ويعيش هذا الفطر طفيلياً (Saprophyte) على كثير من النباتات وخصوصاً على الحبوب . ويعتقد برومت ان طريقة دخول هذا الفطر فى جسم الانسان تكون فى أغلب الاحوال بواسطة جروح جلدية وأما طريق الشعب وطريق الجهاز الهضمى فيمكن أن تكون طريقة العدوى فى بعض الاحوال . وقد تحصل عدوى الرئة باستنشاقه أثناء ضرب الحبوب التى يعيش عليها هذا الفطر طفيلياً (Saprophyte) وقد تحصل عدوى الجهاز الهضمى اذا عاش هذا الفطر طفيلياً فى سن مسوسة أو اذا وخذ الفم بواسطة شوكة سنبلة محملة بالفطر وتحصل عدوى الجلد اذا جرح بآلة أو بسنبلة محملة بالفطر

ويقول أرنست رومبرج من مونيخ فى كتاب الامراض الباطنة الذى ينشره ى . فون ميرنج نقلا عن بوتروس أن العدوى سواء كانت فى الانسان أم فى الحيوان لا تحصل الا بدخول حبة محملة بالعدوى فى انسجة الجسم وأن العدوى تصيب الانسان والخيل والخنازير وخصوصاً البقر

وعند ما يتصادف أن يكون الورم الفطرى بجوار وريد ما وتتآكل جدر الوريد فيدخل الفطر الى مجرى الدم وينتقل معه الى أعضاء أخرى بعيدة عن الورم الاصلى مثل القلب أو الكبد أو الرئة وعدوى الرئة عند ما تكون أوليه وانها تنشأ غالباً عن استنشاق جسم غريب محمل بالعدوى

بحث شرتان ويورنكا ورم اللسان المسبب من الفطر الشعاعى ووجدا فى داخل الورم شوكة سنبلة وبفحص هذه الاخيرة بالميكرسكوب وجدت مغطاة

بالفطر المذكور . وفى خمس أحوال أخرى وجد بوشتروس قطعاً صغيرة من النبات فى وسط الورم

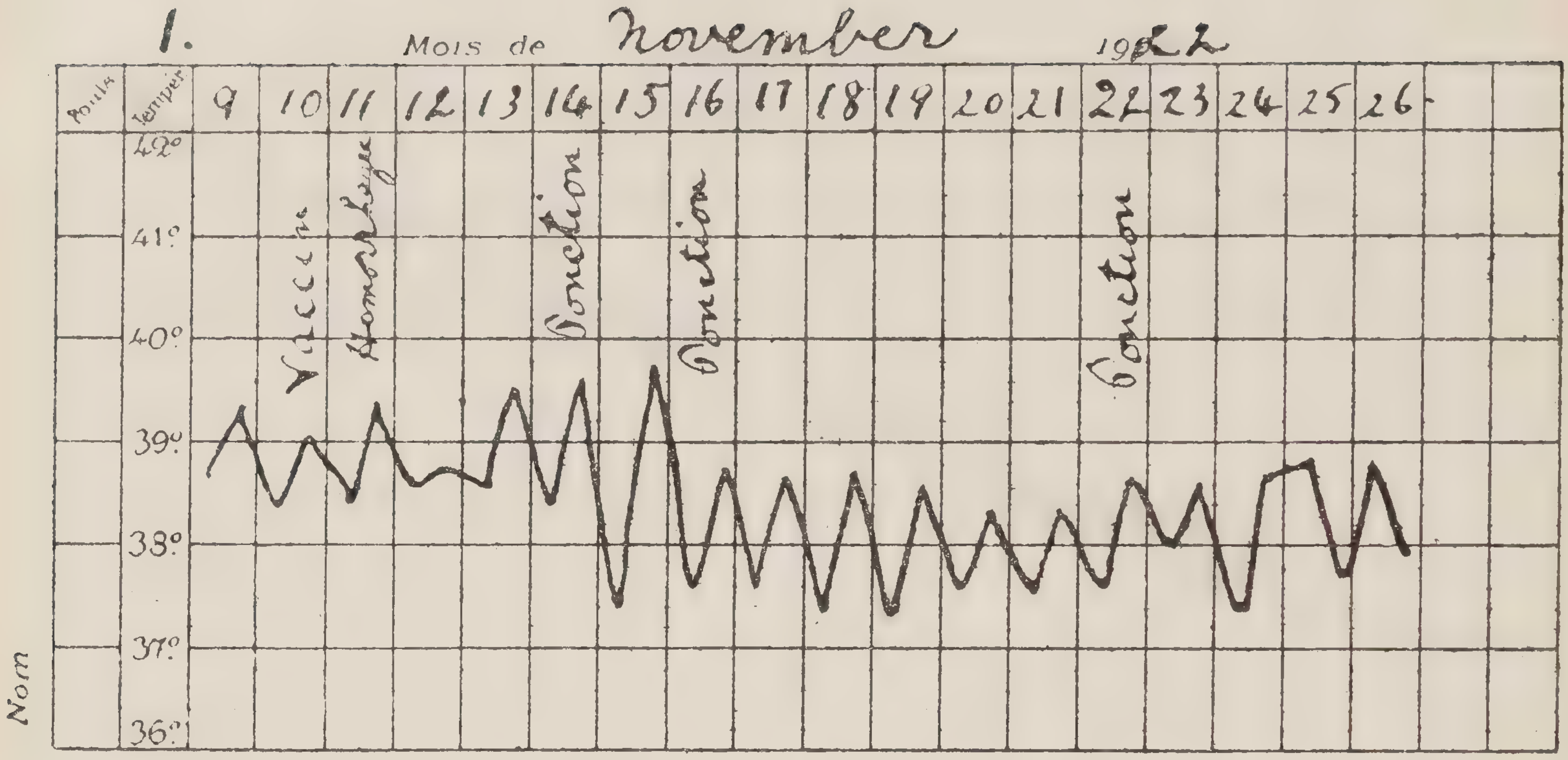
المواضع التى تصاب بهذا الفطر من جسم الانسان حسب احصاء يونس وبيرار كما يأتى :

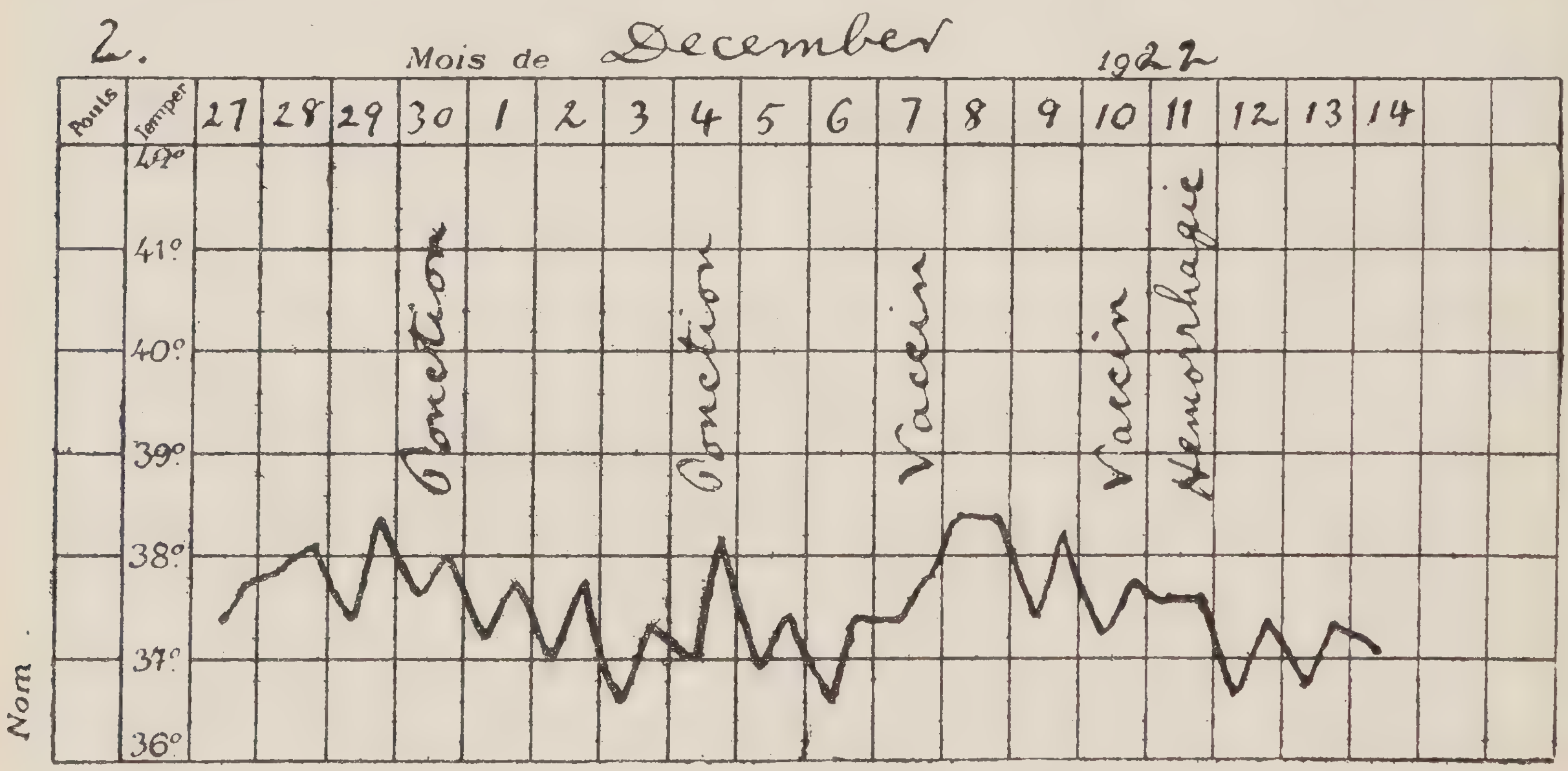
ورم	الزاوية العنقية الوجهية	٦٠٪
«	الرئة والبلورا	١٣٪
«	جدر البطن والصدر	٤/د٪
«	الجلد والاطراف	٢/٥٪
«	المخ	٣/٩٪

المشاهدة — شاب يبلغ من العمر ٢٧ سنة تقريباً قوى البنية من ذوى الاملاك درس فى فرنسا وعاد سنة ١٩١٣ و بعدها لم يترك القطر المصرى وقبل مرضه ببضعة أيام كان فى الارياف بالوجه البحرى

سوابقه المرضية حمى تيفودية سنة ١٩١٥ مصحوبة بنكسة عالجتها أنا وكان قلبه ضعيفاً مدة المرض وشفى تماماً ولم يصب بشىء بعدها

المرض الحالى فى يوم ٢٠ اكتوبر سنة ١٩٢٢ شعر بألم شديد فى جهة الزائدة الدودية وفى جزو كيس الصفراء . وكان هذا الألم مصحوباً بارتفاع فى الحرارة فشخصت الحالة التهاباً فى كيس الصفراء وتحسن بعد خمسة أيام وترك السرير وظننا أنه شفى ولكنه من يوم ٨ نوفمبر سنة ١٩٢٢ شعر بألم وخزى شديد فى الجهة اليمنى من الصدر مصحوب برعشة وأخذت الحرارة فى الازدياد





وظهرت علامات الالتهاب الرئوى فأعطى العلاج العادى مع ٣٠ مليون فاكسين البنوموكوك حقناً ومن يوم ١٠ نوفمبر أعطى ٥٠ مليون من نفس الفاكسين وحصل عنده نزيف رئوى فى نفس هذه الليلة فأوقف استعمال الفاكسين وفى هذا الوقت ظهر عنده يرقان شديد و بفحص الرئة فى هذا اليوم وجدت بها علامات تشبه ما يوجد غالباً فى أحوال التهاب الرئة الناشىء عن الانفلونزا أى انى وجدت النفخ الشعبى والالغاط المخاطية والتحكك البلوراوى سوياً وذلك

ما يمكن أن يطلق عليه التهاب رئوى شعبى بلوراوى

ساءت حالة المريض يوم ١٣ نوفمبر وحصل عنده عسر فى التنفس وسيانوز وارتفع النبض الى ١٤٠ فى الدقيقة وانخفض الضغط الشريانى الى ١١٠ وأخذه سعال تشنجى شديد وأرق وازدياد فى درجة اليرقان وقلة فى البول وبفحصه تبينت لى علامات انسكاب بلوراوى من الجهة اليمنى وفى ثانى يوم عمل البزل واستخرج ٧٥٠ جم من سائل مصلى ليفى تحسنت حالة المريض بعد استخراجه تحسناً ظاهراً

وعند ما أرسلت هذا السائل للدكتور سرور المدرس بمدرسة الطب لفحصه بكتريولوجيا اكتشف فى هذا السائل الفطر الشعاعى واليه ينسب الفضل الاعظم فى التشخيص حينئذ وصفت المريض يودور البوتاسيوم وابتدأت فى تغذيته وبعد يومين ساءت حالة المريض ثانياً وعملت له استشارة طبية حضرها الدكاترة واجنر . فلبس . عبد الوهاب . على ابراهيم . فريد . ايوفتش . الشوربجى . سرور الخ . واتفقنا على عمل البزل مرة أخرى واستعمال يدور البوتاسيوم بمقدار اكبر وحقن زيت الجومنول والاستمرار على الحقن المقوية للقلب

وفى يوم ١٦ نوفمبر سنة ١٩٢٢ عمل ثانى بزل للصدر واستخرج فى هذه الدفع سائل مصلى صديدى لونه مثل الشوكولاتا ذكرنا بالصديد الذى يتكون فى خراج الكبد . وقد اتخذت كل الاحتياطات الضرورية لجمع هذا السائل فى أناء معقم وقد صار فحصه وكذا فحص البصاق فوجد الفطر الشعاعى فيهما وقد اتفقت نتيجة فحص الدكتور أنسى بك مع نتيجة فحص الدكتور سرور فى السائل وفى البصاق

العلاج الذى يأخذه المريض عقب هذا البزل

٣/٠٠ جم يودور البوتاسيوم ٣ مرات يوميا من الفم

٤/٠٠ جم حقن من ليبيودول لافير (يود مذاب فى زيت القرنفل) حقناً

تحت الجلد

٥/٠. جم زيت الجومنول حقناً تحت الجلد لم يأخذ سوى ثلاثة حقن لشدة الالم الذى تحدثه

٥/٠. جم حقن أمتين تحت الجلد أخذ أربعة حقن مقويات القلب. زيت كافور استركنين الخ

وبعد كل بزل تتحسن حالة المريض تحسناً ظاهراً ولكنها بعد بضع أيام تسوء وقد حقنت له دفعتين زيت الجومنول عقب البزل مباشرة من تجويف البلورا وقد ظهرت رائحته فى نفس المريض وشعر هو أيضاً بها ممـا يدل على وجود استطراق بين البلورا والرئة

وفى يوم ٣ ديسمبر سـنة ١٩٢٢ ساءت حالة المريض وعاوده السعال التشنجى الذى أقلق راحته واضطربت أسرته وطلبت عمـل استشارة فعملت وحضرها الدكاترة مادن — فلبس . عبد الوهاب . على ابراهيم . فريد . الخ وكان بعض الاطباء يشير بعمل عملية جراحيـة لاستخراج السائل والبعض الآخر ضد ذلك فأشار الدكتور مادن بفكرة توفق بين الطرفين وهى عمل البزل بأنبوبة سميكة وتترك فى موضعها لتصفى ما يتجمع من الصديد وقد قام بهذا العمل الدكتور على بك ابراهيم وفضلا عن ان التجمع الصديدى استخرج جيـداً فان وجود الانبوبة كان يسبب سعالا شـديداً وكان من الصعب حفظها فى موضعها فاستخرجت

وكان الدكتور فلبس متفقاً معى دائمـاً على ضرورة استخراج السائل من الصدر كلما تكون وحضر البزل معى فى بعض الدفع التى بزل فيها الصدر وقام الدكتور أنسى بعمل فاكسين من بصاق المريض وكان يحتوى هذا الفاكسين على ستافيلوكوك . بنوموكوك . باسيل فيفر وغيرها وأعطى للمريض ولكنه حصل عنده سعال دوى بعد ثالث حقنة اضطرتنا لترك الفاكسين والاستمرار على

استعمال يودور البوتاسيوم واعطاء المريض غـذاء اعتيادياً كافياً وقد لوحظ ضياع الفطر الشعاعى من البصاق ومن السائل بعد استعمال اليودور بعشرين يوماً

وقد أخذت العـلامات والاعراض تزول شيئاً فشيئاً فتناقصت الانغاط الرئوية وزال اليرقان وزالت الحمى وكثرت كمية البول الى أربعة لترات يومياً فى الايام الاولى من استعمال اليودور وعادت الى الحالة الطبيعية فى آخر المرض

فى يوم ١٠ يناير سنة ١٩٢٣ اعتبر المريض انه شفى تماماً وقد زاد وزنه عما كان قبل المرض وفى يوم ١٦ يناير سنة ١٩٢٣ حضر لزيارتى بالعيادة وقد فحصته بالاشعة ولم أر سوى عتامة فى الزاوية اليمنى التى بين الاضلاع والحجاب الحاجز وهى نتيجة التصاقات

وقد مكث المرض نحو شهرين ونصف . ولهذه الحالة أهمية لسببين

أولا — انها حالة اكتينوميكوز رئوى بلوراوى ذات سير حاد . وهذا نادر

ثانياً — انها فى مريض مصرى وشوهدت بمصر وهذا المرض نادر فى القطر المصرى

وقد سمح لى الدكتور كومانوس أن اكتب عن لسانه انه لم ير حالة واحدة من هذا النوع فى الاربعين سنة التى مكثها طبيباً بمصر — وقد قال المستر مادن انه لم ير سوى ثلاث أو أربع أحوال جراحية وأما الدكتور فلبس فلم يلاحظ هذه الاحوال بمصر ولم ير منها الدكتور على بك ابراهيم سوى بضع أحوال تعد على الاصابع . وأما باقى الزملاء سواء اكانوا أجانب أم مصريين فانهم متفقون على أن هذا المرض نادر جداً فى مصر وجدول الحرارة الآتى هو جدول سير حرارة هذا المريض غير اننا لم نقيد الحرارة فى أيام المرض الاولى

سليمان عزمى

تضخم الطحال المصرى

Egyptian Splenomegally

هل هو نتيجة بلهارسيا الامعاء

للدكتور احمد القاضى

ربما كان الطحال أكثر الاعضاء الداخلية اصابة فى الأمراض الشائعة بين سكان الريف بمصر فالمريض يأتى للطبيب مستصرخاً خائفاً أن يكون عنده « الطحال » والطبيب عند الكشف أول ما يضع يده يضعها على جهة الطحال وكلاهما مساق الى عمله بالحقيقة الثابتة وهى ان اصابة الطحال شائعة جداً . لا يمكننى القول نسبياً كم من الفلاحين عندهم تضخم فى الطحال ولكن الذى أعرفه هو أنه يندر جداً أن أرى مريضاً يشكو من تعب مزمن فى بطنه ولا أجد الطحال متضخما او على الأقل ملموساً هذا طبعاً كما قلنا بخصوص مرضى الارياف وسبب ذلك سنعود اليه فيما بعد

الطحال نفسه غير ضرورى للحياة و وظيفته لم تعلم بعد بحالة جلية الا انه يؤدى بعض وظائف ثانوية منها (١) ترشيح الدم الذى يمر فيه من كرات الدم الفاسدة والميكروبات ثم (٢) قضاؤه عليها بما نسميه القوة الاكليه للخلايا Phagocytosis وتزداد قوة فتكه بالميكروبات فى حالة المرض وأخيراً (٣) نظراً لعلاقة الطحال التشريحية بالجهاز البابى فهو يساعد على جريان الدم فى الكبد بواسطة انكماشاته Rhthmic Contractions

ويظهر لأول وهلة ان مرض الطحال المصرى يشبه مرض (Bantis) الذى فيه يتضخم الطحال ثم الكبد ثم يتليفان ثم ينكمش الكبد و يعقب ذلك استسقاء بالبطن فى تجويف البريتون . حقيقة ان أدوار المرضين تشابهه كثيراً الا أنه بينما وجد الباحثون الطفيلات المسماة أجسام لشمان دونوفان Leishman Donovan bodies بالطحال فى مرض بانتى Bantis وفكروا انه هو السبب

المباشر للمرض المذكور كان الامر فى مصر على غير ذلك فان الباحثين هنا لم يوفقوا الى رؤية هذه الأجسام أو غيرها بالطحال المصرى المتضخم ومع ذلك فقد كان المرحوم الدكتور فرجوسن أستاذ علم الامراض بمدرسة الطب يعتقد أن سبب تضخم الطحال المصرى قد يكون طفيلات من فصيلة أجسام لشمان دونوفان ولو أنه لم يوفق لرؤيتها فى ابحاثه العديدة ولكننا نرجع فنتساءل على اى الحالات عمل الدكتور فرجوسن وسابقوه ابحاثهم ؟ أليس على مرضى « قصر العينى » الذين هم صورة حقيقة لمجموع مرضى الارياف. سنثبت حالا ان هؤلاء المرضى لم يكوّنوا حالات مثلى للبحث بخصوص مرض تضخم الطحال فان هناك نظرية اولية وضرورى جداً استيفاؤها قبل اجراء البحث وهى ان يشكو المريض فقط من المرض الذى يراد البحث فيه فاذا اراد الباحث فحص دم مريض مصاب بالبلهارسيا فيجب ان يختار لذلك من هو مصاب فقط بها وتكون نتيجة الفحص فاسدة اذا كان المريض مصابا بانكلستوما ايضاً

و يصعب جداً وجود مريض بمصر يشكو من تضخم الطحال لمدة طويلة (اشهر او سنين) وليس عنده بلهارسيا (خصوصاً المعدية منها) وهذا بعد استثناء حالات الطحال الناشئة يقيناً عن الملاريا

ولقد بحثت بنفسى اكثر من ثلاثمائة حالة فى ستة أشهر متعاقبة فى منطقة واحدة تشمل مراكز دسوق وفوه وكفر الشيخ فوجدت أن المرضى جميعهم عندهم تضخم بالطحال ووجدت بعد الفحص الميكرسكوبى للبرازانهم مصابون ببلهارسيا الامعاء كل ذلك يجعلنى أجزم بأنه بعيد جداً وجود حالات تضخم بالطحال مع عدم وجود بلهارسيا . اذاً ابحاث الدم مثلا التى عملت فى هذا المرض لم يكن صورة حقيقة له بل طبعاً كانت متأثرة بالبلهارسيا والانكلستوما اللتين كان يشكو منهما المريض سوياً . وليس لمعترض أن يقول ان ما عمل من الابحاث كان بعد شفاء المريض من الأمراض الاخرى فان علاج البلهارسيا

الشافى قريب العهد جداً ولم نسمع انه عملت ابحاث مجدية بعد ذلك

بدأت اشتبه فى أهمية هـذه الابحاث وقيمتها التشخيصية عند ما كنت طبيب امتياز بمستشفى قصر العينى وكان علينا أن نعـد الدم لجميع حالات تضخم الطحال خصوصاً التى ينتظر أن يعمل لها عملية استئصال الطحال فبينما كنت ارى فى بعض الحـالات ان نتيجة عد الدم تطابق الصورة المحفوظة وهى قلة الخليات البيضاء الى خمسة او اربعـة آلاف فى المليمتر المكعب مع نقص فى نسـبة الخليات ذوات النواة المتعددة الى ٤٠./ او ٤٥./ وزيادة فى نسبة الخليات ذوات النواة الواحدة ٣٠./ او ٤٠./ بينما كنت ارى ذلك كنت اجد فى البعض الآخر زيادة ظاهرة فى عدد الـكرات البيضاء وربما بلغت الى عشرة آلاف او اثنا عشر الفاً فى المليمتر المـكعب فكنت ارجع الى المرضى فأجدهم جميعاً مصابين ببلهارسيا معويه واغلبهم بانكلستوما ايضاً فمن ذلك ايقنت انه من الخطأ البين ان تجرى امثال هذه الابحاث بقصد تشخيص مرض تضخم الطحـال splenomegally الا اذا عولج المريض للبلهارسـيا والانـكلستوما وباقى الآفات المعدية ثم بعد ذلك وبعد مضى مدة لا تقل عن الشهرين من انتهاء العلاج يمكن او يجوز عمل مثل هذه الابحاث لتكون ذات قيمـة فى تشخيص المرض الذى نعنى به الآن . مثـلا مرض الانـكلستوما له صورة دم مخصوصة ونحن متأكدون ان دفعات من مقدار كافى من التيمول مثلا كافية لطرد جميع الديدان من الامعاء ولـكنه يستحيل بمجرد طرد الديدان أن يسترد الدم صورته الأولى قبل المرض فضرورى جداً مضى مدة كافية حتى تعود الاعضاء تدريجياً الى حالتها الاولى الصحية

بعد ذلك يستحسن أن نذكر ان صورة شكاية المرض تـكاد تـكون عامة لجميع من وقعوا تحت نظرى : يشكو المريض بقوله ان عنده ألماً فى جهتى المعدة والـكبد ويزداد بعد الاكل وأنه يشعر بنغزة أو تقريص فى جهـة الطحال

المراق الايسر (Lt Hypochondriuns) ويشعر بحركات الهواء داخل الامعاء وبتخزينه فى الجنب الايسر (Lt Loin) وأن المرض ابتدأ منذ عدة أشهر أو سنين كحمى مستديمة أو غير منتظمة مصحوبة بعرق وانه لم يواظب على الحمية فتخلف عنده ذلك فاذا سألته عن وجود دم بالبراز يجيب انه قليل أو كان موجوداً قبل الحمى أو نشأ من الخلط فى الاكل أو من الرطوبة وبعضهم ينكر نزول الدم بتاتاً . هذه صورة لما يسمعه الطبيب بالارياف يومياً . . . فى جميع هذه الأحوال . كنت أجد الطحال والكبد متضخمين وأحياناً أجد الامعاء اليمنى (sigmoid) متضخم الحائط وكان الفحص الميكرسكوبى للبراز يظهر وجود بويضات البلهارسيا فى جميع الحالات . اما علاج هذه الحالات فقد كان بحقن الطرطير فى الوريد واعطاء التيمول عند وجود انكلستوما مع بعض أدوية معدية ومعوية حسب الاعراض وكنت فى بادئ الامر أعطى يودور البوتاسيوم لتليف الطحال والكبد ولكن اضطررت بعد قليل لتركه فى هذه الأحوال لان المرضى على الاطلاق كانوا يشكون من ألم بالمعدة بعد تناوله . كذلك المقويات الحديدية لم اكن سعيداً باستعمالها سواء وقت العلاج أو فى دور النقاهة فان القناة الهضمية فى هذا المرض المزمن لم تكن قادرة على تحملها وامتصاصها وأفضل مساعد للعلاج كنت أجده فى الراحة والرياضة وتنظيم الغذاء وقت العلاج واثناء الشهرين اللذين بعده

النتيجة : منذ شهرين عرفت شخصياً أو بالسماع ان المرضى الذين عالجتهم ومضى عليهم عدة شهور قد شفوا وانهم يوالون أشغالهم كالعادة وفى البعض الذى تيسر لى رؤيته وجدت ان الطحال والكبد قد صغر كثيراً وفى بعض الحالات لم يمكن جسهما

ملحوظة : دائماً أذكر بلهارسيا معدية نظراً لانتشارها بالمنطقة التى أشتغل بها ولقلة بلهارسيا المثانة نسبياً

انتهينا الآن الى انهناك مرضى كثيرين يشكون من تضخم فى الطحال وفى الكبد وبيلهارسيا فى الامعاء وان هناك علاجا يشفى من الثلاثة معاً فهل يكون غير معقول اذا نسبنا اصابة الطحال والكبد والامعاء الى سبب واحد وهو البلهارسيا . طبعاً لا شىء يحول دون هذا الظن الا أن يقول قائل انآثار البلهارسيا فى الجسم لا تستدعى تضخم الطحال والكبد ولكن نظرة واحدة فى (أين مقر) ديدان البلهارسيا فى الجسم وفى الوظائف التى يقوم بها الطحال وقد ذكرناها فى أول الكلام ونظرة واحدة تأتى بنا الى الحقائق الآتية :

(١) ديدان البلهارسيا تفرز افرازات سامة طبعاً للجسم وهذه المواد السامة بمرورها فى الطحال تقوى فيه خاصية القوة الآكلة (Phagocytosis) وينتج من ذلك احتقانه

(٢) ديدان البلهارسيا تقضى مدة نضوجها (Maturation) بالوريدالبابى وهذا يحدث تهيجاً ثم احتقاناً بالكبد ثم ركوداً فى الدم القادم من الامعاء الى الكبد

(٣) نظراً للعلاقة التشريحية التى بين الطحال والجهاز البابى يتأثر الاول من ركود الدم بالوريد البابى فيزيد ويقوى من انكماشاته (Rhythmic contractions) ليساعد الدم على المرور بالكبد وينتج من ذلك تضخم hypertophy الطحال وهذه الانكماشات القوية هى التى تسبب على ما أظن الألم المعبر عنه بالنغز أو التقريص بعد الاكل

(٤) مع توالى النتائج (١) ، (٢) ، (٣) ، وتكرارها تحدث الضخامة الصلبة بالطحال وضخامة الكبد ثم انكماشه ثم الاستسقاء بتجويف البريتون

بعد ذلك نعود الى العلاج المزمع أنه الوحيد لمرض التضخم المصرى وهو استئصال الطحال (Splenectomy) هذه العملية من كبريات العمليات الجراحية واذا لم تكن الفائدة منها عظيمة تكافىء خطورتها فخير للجراح أن يريح المريض

منها — نسبة النجاح فى هذه العملية هى بحسب ما رأيت أيام اشتغالى بقصر العينى كتلميذ وطبيب تحت التمرين وطبيب امتياز كان ثمانين فى المائة تقريباً وهى نسبة حسنة جداً لو تذكرنا المضاعفات التى يتعرض لها المريض بعد العملية . نعلم ان كثيراً ممن عملت لهم العملية شفوا الا أن فخر الشفاء لا يلزم أن ينسب للعملية وحدها فان المريض قبل العملية يعالج من البلهارسيا والانكلستوما التى عنده وفوق ذلك لا تكون حالته حسنة للعملية الا من كان نسبة الهموجلوبين بدمه اكثر من ٦٠٪ اذاً الشفاء يجد سببه غالباً فى العلاج الذى سبق العملية أما نجاة المريض من العملية فلأن حالة دمه كانت أحسن من المتوسط أما المرضى الذين عالجتهم بالدواء فكثير منهم كان عنده هموجلوبين أقل من ٥٠ ٪ ومع كل تحسنت حالتهم وأصبحوا فى حالة لا يشكون منها بشىء وعندى انه اذا كان حتماً من استئصال الطحال فيجب ان يستوفى العلاج الدوائى ثم يعطى المريض مهلة عدة أشهر وبعدها يفحص فاذا وجد هناك ما يستدعى العملية عملت وتكون حالة المريض أليق بكثير من الاول

بينما كنت أحضر تلك العجالة حضر لعيادتى مريض من أهالى ضمره مركز دسوق وأخبرنى انه حضر منذ أيام من قصر العينى حيث عملت له عملية استئصال الطحال وقال انه أخذ ثلاث أو أربع حقن بالوريد وخرج بناء عن طلبه . هذا المريض يشكو بمغص شديد بالامعاء وعنده بلهارسيا شديدة بالمستقيم والامعاء طبعاً وهو فى حالة سيئة وعنده انكلستوما أيضاً فلو أنه بدئ بالعلاج الدوائى للنهاية لكان خيراً له وهذه الحالة نجحت معها العملية ولو ان الهموجلوبين فى الدم يبلغ ٤٠٪ فقط الآن (٩/٢/١٩٢٣) ولكن المريض نفسه لم ينجح ولا يزال مريضاً . . . وقد يكون مؤيداً لنا لو تركناه بدون علاج دوائى لنرى اذا كانت العملية وحدها ستشفيه مما سمى (بتضخم الطحال المصرى) . . لا أظن انه يشفى بالعملية وحدها ولا بد من علاج البلهارسيا التى كانت السبب

هذا ما أردت أن أقدمه أمام حضرات أساتذتى وزملائى ويسرنى أن أعرف ملحوظاتهم وآرائهم فى ذلك الموضوع فهو يهمنا جميعاً ؟

علاج الجراح العفنة

بواسطة عجينة البزموت

للدكتور محمد عبد القادر

ان علاج الجراح العفنة بواسطة عجينة البزموت قد أتى بنجاح مدهش فى أبان الحرب العظمى حتى كاد يحل محل العلاجات الاخرى لما له من المزايا الخاصة وأول من أدخله فى الطب الدكتور روزرفورد موريسن R. Morrison وقد بين طريقة الاستعمال فى مقال له بالمجلة الطبية الانكليزية بتاريخ ٢٠ اكتوبر سنة ١٩١٨ وقد استعملت هذا العلاج فى أحوال كثيرة أتى فيها بنتائج حسنة جداً واليك البيان

من المهم فى العلاج بهذه الطريقة هو تنظيف الجلد المحيط بالجرح بالكؤول النقى ثم وضع العجينة بترتيب مخصوص . ولعمل العجينة يضاف جزء من تحت نترات البزموت الى جزئين من مسحوق اليودوفورم ويوضع فى هون وبعد مزجهما يضاف اليهما جزء من سائل البرافين تدريجياً وتخلط الاجزاء ببعضها حتى تكون منها عجينة متجانسة ناعمة الملمس أى ان نسبة المقادير البزموت واليودوفورم وسائل البرافين بعضها تكون بالوزن كنسبة ١ : ٢ : ١ وبعد تحضير العجينة توضع فى أناء زجاجى ثم تعقم ولزيادة الايضاح نصف كيفية استعمال هذه العجينة فى أحوال التعفن المختلفة

(١) فى حالة جرح متهتك Lacerated wd أو على شكل شريحة Slap wd يخدر المريض وينظف الجلد المحيط بالجرح جيداً بمحلول فينك ٢٠/١ ثم

يفحص الجرح و ينظف من المواد الصديدية والافرازات بواسـطة سائل معقم وتستأصل الأنسجة المتغنغرة

وتنزع الاجسام الغريبة وقطع العظم والجلط الدموية بملعقـة كحت أو بالمقص حسب اللزوم وبذلك ينكشف الجرح تماماً وعندئذ تقطب جميع أجزاء الجرح بالـكؤول النقى وتدعك بالاصبع السبابة بعد لفه بشاش معقم مغموس بالـكؤول أيضاً ثم ينشف بشاش معقم ناشف و بعد ذلك يسوك جميع سطح الجرح بالعجينة بواسطة قطعة من الشاش المعقم مغموسة بها وتزال العجينة الزائدة من الجرح ثم يخاط الجرح بغرز من الحرير مغموسة فى العجينة بواسطة تمرير الخيط فى قطعة من الشاش بها جزء من العجينة مضغوطة بين الابهام والسبابة

و يشترط أن يكون بين الغرز مسافة كافية لاخراج الافراز الذى يتكون فيما بعد وان يغرز الخيط بعيداً عن حافتى الجرح بمقدار كافى و بعد ذلك ينظف حول الجرح بكؤول نقى و يعمل له غيار من شاش معقم مغموس بالعجينة وشاش آخر مغموس بالـكؤول وفوق ذلك يوضع القطن والرباط و يترك الجرح بدون غيار مدة أربعة أو خمسة أيام و بعد هذه المدة يغير على الجرح بغيار كالسابق بعد ازالة الافرازات المتكونة بشاش معقم مغموس فى الـكؤول و يستمر على الغيار بهذا الشكل ثلاثة أو أربعة أيام حتى يلتئم الجرح تماماً

(٢) وفى حالة جرح عفن مزمن ينبغى قطع جزء من الجلد مع الانسجة المتصلبة قبل وضع العجينة فيه و يلاحظ أن الافراز الذى يوجد عند رفع الغيار الأول ليس فى الحقيقة صديديا ولـكن معظمه مكون من العجينة بعد ما طرأ عليها من التغيير فى مدة الأربعة أيام وعلى ذلك فلا يصح فك الغرز حتى ولو كان هناك ارتفاع بسيط فى درجة الحرارة . . . وتتبع هذه التعليمات أيضاً فى معالجة الـكسور المضاعفة واحوال النكروز بعد ازالة ما يلزم ازالته من العظام وأهم شىء فى هذه الأحوال هو الراحة التامة وتثبيت أجزاء الـكسر تماماً

وفى الاحوال التى لا يمكن قفل الجرح لبعد جوانبه يوضع عليه شاش ناشف ومعقم عقب تسويك سطح الجرح بالعجينة وازالة الزايد منها ويترك الغيار من أربعة الى خمسة أيام وبعدها يغير على الجرح بشاش مغموس بالعجينة

(٣) وفى حالة جرح نافذ فيه فتحة الدخول وفتحة الخروج ضيقتان ينظف الجرح مبدئياً بادخال شريط مستطيل من الشاش الناشف مع تحريكه فى الجرح من جهة لأخرى ثم تكرر هذه العملية بواسطة شاش مغموس فى الكؤل ثم بعد ذلك شاش مغموس فى العجينة ويحرك كما سبق كى يدعك الجرح بها جيداً

وفى حالة وجود جيب أو ناسور يغير عليه بشاش مغموس بالعجينة كل يومين مرة وكل ما كان الجرح جافاً كانت النتيجة حسنة ولكن وجود نزيف رشحى لا يمنع من الحصول على نتيجة سارة وكذلك كل ما كانت الجروح حديثة كانت فائدة هذا العلاج اتم

ويرى أن أفضلية هذه الطريقة هى قفل الجرح وعدم وضع أنابيب درنقه حيث تقوم المسافات التى بين بين الغرز بتصريف الافراز المتكون وبذلك يتوفر على الطبيب والمريض كثير من الوقت والراحة ويجب ترك الغرز من اسبوعين الى ثلاثة أسابيع

والعلاج بهذه الطريقة فى حالات جروح مفصل الركبة العفنة ذو فائدة جليلة جداً خصوصاً فى جروح المفصل المسببة عن عيارات نارية والمهم هو تثبيت المفصل بواسطة جهاز شداولا ثم تنظيف الجلد المحيط بالجرح وسائر الجهة الامامية للمفصل بمحلول فينك ٢٠/١ وبعد ذلك يوضع رباط ضاغط بعد رفع العضو مدة دقائق لتحويل الدم عنه ثم يوضع أفقياً ويحاط مكان العملية بفوط معقمة وبعناية شديدة فى مراعاة التعقيم ويفتح المفصل بعمل شق على شكل الحدوة (Horseslioe) وقاطع لرباط عظمة الركبة (Potellar lig)

والانسجة العضلية الليفية الموجودة على جانبي المفصل مع الحذر من اصابة الاربطة الجانبية للمفصل ثم ترفع عظمة الركبة حتى ينكشف المفصل والمحفظة الزلالية تحت العضلات وتزال الافرازات الموجودة بكل لطف بواسطة شاش معقم ثم ينظف الجزء الخلفي للعضلة بواسطة ثنى المفصل ثم يملأ تجويف المفصل بالكؤول و ينشف الكؤول بعد ذلك بكل لطف بواسطة الامتصاص بشاش ناشف ثم يرفع العضو على شكل زاوية قائمة و يزال الرباط الضاغط و يستمر كذلك مدة أربع دقائق مع الضغط على المفصل نفسه بلفائف من الشاش و بعد ذلك يوقف النزيف بمسك الأوعية بجفوت ثم يدعك داخل المفصل بالعجينة بواسطة الاصبع بعد لفه بشاش معقم و بعد ايقاف النزيف تماماً يخاط الرباط الامامى (Patellar liagment) بغرزة من الكاتجى المتين Strong catgut وكذلك يخاط الجزء الداخلى من الجرح بواسطة غرز متفرقة من الكاتجى أيضاً و يقفل الجلد بغرز من الحرير مغموسة فى العجينة ويوضع غيار من الشاش المغموس فى الكؤول بعد عصره وكمية كبيرة من القطن بدون رباط ثم يثبت العضو بجبيرتين جانبيتين يصلان من العجان الى الكعب وعند ما يستقر المريض فى فراشه يعمل له شد مستمر بواسطة وضع ثقل قدره ٦ كيلوجرام ويمكث هذا الغيار مدة ثلاثة أسابيع بدون أن يلمس . . . ويجب أن يكون عند الطبيب الشجاعة الكافية لانتظار هذه المدة الطويلة رغم ما يبدو من ارتفاع درجة الحرارة وظهور اعراض تسمم باليودوفورم أحياناً حيث أن النتيجة الطيبة التى يحصل عليها تبرر كل ذلك وقد يكون منظر الجرح عند الغيار الاول مؤنساً و بشاً حيث يرى كمية كبيرة من افراز زلق الملمس حوله فيمسح حينئذ بشاش مغموس بالكؤول و يعمل الغيار الثانى بشاش مغموس بالكؤول أيضاً كالغيار الاول و يجدد الغيار كل ثلاثة أو أربعة أيام وعند ما يتم التئام الجرح يبتدئ فى عمل التدليك والتحريك السلبي للمفصل وكثيراً ما يحصل الطبيب بعد ذلك

على نتائج تكاد تكون مدهشة ويلاحظ عند رفع الغيار الاول ان حالة المفصل طبيعية حيث لا يوجد به سائل متجمع . أى علامة للالتهاب ويجب فى الوقت نفسه معالجة فتحتى الدخول والخروج المصاحبة لاصابة المفصل بواسطة عجينة البزموت كما سبق شرحه ؟

نبذة فى العلاج الميكانيكى

للارتشاح الخلوى الشديد — أوذيما

بقلم والتركار D. Walter Carr F.R.C.P, Lond. الطبيب الاستشارى للاسبتالية الملوكية الحرة . ولمستشفى فكتوريا للاطفال . شلسيا . لانست ٢ ديسمبر سنة ١٩٢٢

الدكتور محمد مبارك

ان تجربتى فى قراءة أوراق امتحان المقدمين فى بعض الامتحانات النهائية فى الامراض الباطنية جعلتنى أعتقد أن أسهل الطرق وأنجعها فى علاج الارتشاح الشديد — الذى ينشأ عن أصل قلبى أو كلوى — والذى لا يتحسن باعطاء الادوية العادية من مقويات للقلب ومسهلات وخلاف ذلك لا تعلم ولا تجرب عملياً لاى درجة عظيمة فى المدارس الطبية . فأغلبية الطلبة العظمى توصى بوضع أنابيب سوزى (Southeys Tubes) فى السيقان والاقدام المنتفخة ومما لا شك فيه أن كميات كبيرة من السائل تتصرف بهذه الطريقة ولكن هذه الانابيب تحدث بعض تهيج لا يمكن الاحتراز منه فى هذه الانسجة المرتشحة الرديئة التغذية . وعلى ذلك تحصل تغيرات التهابية ان قريباً وان بعيداً حول هذه الانابيب فيقف بذلك تصريف السائل تدريجياً . وأبسط من ذلك وغالباً

أنفع طريقة هى أن يخرق جلد القدمين بابرة جراحية . وتعمل الخروق فى بقعة اكثر انتفاخاً وغالباً فى ظاهر القدم وعلى الكعبين . وكل خمسة أو ستة خروق تجتمع فى بقعة من هذه . ومن هذه الخروق يتصرف السائل بانتظام واستمرار عدة أيام . واذا أقفلت هذه الخروق على خلاف العادة قبل أن تنصرف الاوذيما يمكن فى أى وقت عمل غيرها فى البقع المجاورة . ولا حاجة مطلقاً للشقوق التى تعمل أحياناً فى الانسجة الخلوية تحت الجلد . فان هذه الاخيرة قد تصرف لمدة قصيرة ولكنها تنسد حالا بتغيرات التهابية وتبقى جروحاً متعبة بطيئة الشفاء وعرضة للتقيح كثيراً . وقبل عمل الخروق يستحسن وضع المريض فوق كرسى بضع ساعات حتى تكون القدمان أوطأ جزء وحتى ينجذب السائل الرشحى اليهما . وعند ذلك يكون التصريف بعد التخريق أسرع . واذا أمكن استبقى المريض فوق الكرسى أثناء التصريف . وهذا لا يصعب فى الارتشاح القلبى مهما كان لان المرضى بهبوط القلب المتقدم يستريحون اكثر وينامون فوق الكرسى ذى المساند اذا رتب ترتيباً حسناً عن السرير . واذا وجد استسقاء فان تصريف القدمين يحسنه ويتصرف الارتشاح بالتدريج من أعلا الفخذين الى أسفل . وبذل البطن لا يحتاج اليه الا نادراً

كيفية التخريق

قبل عمل التخريق يجب تنظيف القدمين كما لو كانت عملية جراحية . فيغسلان أولا بالماء الساخن والصابون ثم يمسحان بالاتير ثم يدهنان بعد ذلك بصبغة يود ٢٪ وتعمل الخروق بابرة جراحية كبيرة مستقيمة ثم تغطى بشاش معقم وقطن يغير عند اللزوم ويوضع القدمان على قالبين من الخشب فى أناء متسع يتصرف فيه سائل الاوذيما . وفى حالات الارتشاح الكلوى يستحسن الامتناع كلية عن العلاج الميكانيكى ان أمكن فانه رغما عن التحسن العظيم الذى قد يحدث

سريعاً لا يمكن مع أى احتياط أن يحترس من عدوى الجروح و يمتد الالتهاب للجلد والانسجة الخلوية ثم ينتهى بالموت العاجل وهذا مثال للقاعدة العامة وهى أنه فى حالات عدم افراز الكلوة الكافى تكون مقاومة الانسجة للعدوى الميكروبية قليلة جداً ومع ذلك اذا كان الارتشاح الكلوى شديداً جداً كما يحصل أحياناً ولم يكن يتأثر بأنواع العلاج الاخرى وأنه لا بد من عمل آخر منعاً لتقرح الجلد المنتفخ أو انفجاره الفجائى فان أسهل وأسلم طريقة هى من غير شك تخريق الابرة لان اصابة الانسجة وحجم الجروح التى تعمل واضطراب المريض العصبى تخفض لاصغر حد ممكن أما فى حالات الارتشاح القلبى فان الاضرار التى تحدث من التداخل الجراحى فى نسبتها قليلة جداً

مثال لقيمة الطريقة

والمثال الآتى يوضح تماماً قيمة الطريقة فى حالة ارتشاح شديد قلبى

التاريخ: حارس رافعه Lift Attendant يبلغ من العمر ٣١ سنة أدخل المستشفى الملوكى الحر بلندره فى ١١ يونيه سنة ١٩٢٢ وهو مريض بمترال مزدوج D· Mitral نتيجة اصابته بروماتزم فى سن الطفولة ولقد مكث بالمستشفى شهرين من نحو سنتين بسبب هبوط فى قلبه المتمدد ولكن لم يكد يوجد عنده أوذيما فى ذلك الوقت . فتحسن كثيراً بالعلاج واستمرت حالته حسنة الى نوفمبر سنة ١٩٢١ حينما اشتد عليه ضيق التنفس واضطر الى المكث فى السرير

حالته عند البحث: لم يكن المريض يستطيع الاستلقاء عند الدخول وكانت ضربات قمة القلب فى المسافة السادسة خارج الحلمة وأصمية القلب تمتد من الخط المتوسط الى مسافة بوصة ونصف خارج خط الحلمة . وكانت ضربات القلب سريعة — ١٠٠ الى ١٢٠ — وغير منتظمة وكان يوجد بالتأكيد انقباض ليفى أوذيتى أو تشنج "Auricular Filrillation" وكان فيه احتقان

شديد فى قواعد الرئتين وكانت الكبد تمتد الى بوصتين تحت الاضلاع ولكن لم يوجد زلال بالبول وكانت الاوذيما فى القدمين قليلة

العلاج : كان المريض لا يحتمل الديجتالا مطلقاً ولقد أعطيت فى شكل صبغة ١٥ نقطة فى المقدار فمسحوق الورقة بمقدار قمحة مع بصل العنصل وحبوب زرقاء محببات الديجتالين الناتيفللى ١/٢٤٠ من القمحة مرتين فى اليوم وفى كل حالة كان يعقب ذلك قئ فى بضع أيام ولا تحسن حالة القلب وفى هذه الاثناء ازداد تمدد القلب واحتقان الرأتين وازداد حجم الكبد وارتشاح القدمين كثيراً ونقصت كمية البول الى ٢٠ ، ٣٠ أوقية فى اليوم وكان به زلال ولقد أعطى له خلات الصوده التيكينى Theocin Sod. Acetate تمدد للبول بمقدار ٣ قمحات فزادت كمية البول مؤقتاً من ٥٠ الى ٦٠ أوقية ولكن لم تستمر الزيادة ووضع ٦ علقات على الكبد ثم بعد ذلك استخرج من الذراع نصف رطل من الدم pint ولكن التحسن كان مؤقتاً

التخريق والشفاء : بينما كانت حالة الرجل تزداد سوءاً باستمرار أجلس على كرسى فى ٩ فبراير وفى ثانى يوم لما انتفخ قدماه خرقا بابرة جراحية كبيرة وابتدأ السائل يتصرف فى الحال بوفرة ولكن بعد مضى أيام وقف التصريف فعملت خروق جديدة فوق سطح القدمين ولقد استمر ذلك نحواً من خمسة أسابيع وفى أثناء هذه المدة لم يحدث بين الخروق أقل ضرر . ولقد قيس ٢٦ رطلا تماماً تصرفت من القدمين هذا خلاف كميات كبيرة تشربها القطن لم يمكن قياسها حتى ولا تقديرها

ولقد نقص انتفاخ القدمين ببطء ولكن باستمرار وزادت كمية البول الى ٨٠ أوقية فى اليوم وأحياناً أزيد من ذلك بكثير . وزادت ضربات القلب قوة ونقصت عدداً مع نقص مناسب فى حجم الاصمية وفى ابتداء ابريل زالت الاوذيما تماماً . ولقد استمر المريض فى الكرسى خمسة أسابيع كاملة من غير أن

يرجع للسرير مرة حتى كادت الاوذيما تذهب . ولقد أمكنه بعد ذلك أن يأخذ مزيجاً من صبغة الديجتالا والاستروفانش خمس نقط من كل نوع ثلاث مرات فى اليوم واستمر على ذلك أسابيع كثيرة وربما كان لهذا المزيج تأثير فى الشفاء ولكن من المحقق أن التحسن العظيم ابتدأ من الوقت الذى ابتدأ منه هذا التصريف الحسن من القدمين اذ لاشك فى أن هذا قد خفف المقاومة عن القلب . ولقد ترك المستشفى فى ١٨ مايو وكان من ثم يمشى براحة . ولم يكن هناك أوذيما ولا زلال بالبول الذى بلغت كميته من ٦٠ الى ٧٠ أوقية فى اليوم وكانت غير منتظمة قليلا وراقت الرئتان وكانت الكبد تحت الاضلاع ببوصة واحدة

ولقد استمر الرجل يأخذ كل ليلة تقريباً مدة شهرين من ١/٨ الى ١/٤ قمحة من المورفين مع ١/١٠٠ قمحة من الاتروبين تحت الجلد . وأنا أذكر ذلك لتأكيد الحقيقة المهمة وهى أنه فى حالات هبوط القلب المتقدم يكون من الضرورى توفير النوم للمريض وفى حالة اهتمامنا بزيادة اعطاء الديجتالا والاستروفنتس ربما نقع فى ضرر أو نغض عن الحقيقة فى أن النوم قد يكون خصوصاً للقلب اكثر نفعا من هذين وربما يكون أنفع فى حالات هبوط القلب وخصوصاً فى التقلص الليفى الاوزيتى حيث تكون قلة النوم احدى الاعراض المهبطة القابضة التى تنتج عن هبوط القلب الشديد. ولا بأس أولا من تجربة اعطاء المنومات البسيطة البرومور والبارالديهايد والكلورال ونحوها — فاذا فشلت هذه وهى خليقة بالفشل فى الحالات الشديدة حقيقة وجب الا يضاع الوقت حتى يعطى المورفين تحت الجلد وبمقادير مناسبة . والقاعدة العامة أنه لا ينتج من اعطائه غير النفع وموانع اعطائه فى الحقيقة قليلة جداً . ويمكن اعطاؤه ويحسن اضافة الاوتروبين اليه حتى فى حالات أوزيما الرأتين الشديدة فان هذه تكون فى أغلب الحالات تتوقف جزئياً أو كلياً على ضعف القلب فاذا سبب المورفين نوماً منعشاً حسن حالة القلب وقواه ويحسن بعد ذلك مباشرة حالة الرأتين وهكذا الشأن

فى حالة البول الزلالى الا اذا كان هناك سبب قوى يدفع الى اعتبار هبوط القلب نتيجة لمرض كلوى ابتدائى وفى الحالات التى يكون فيها الرجل مريضاً جداً لدرجة أنه اذا لم ينم فانه سيموت سريعاً من الهبوط واذا أعطى مقداراً كافياً من المورفين حتى ينام يحدث عنده اختناق — اسفكسيا — مميت غالباً تكون فرص تحسنه فى أى ظرف معدومة . فاذا تحسن المريض يمكن تنقيص مقدار المورفين تدريجياً و بعد ذلك يقطع كلية مع بعض اضرار خفيفة . وفى هذا المريض قد ابتدئ باعطائه المورفين فى أوائل ابريل بعد زوال الارتشاح وأخيراً كان يعطى حقناً من ماء معقم تحت تأثير الاعتقاد أن المورفين لا يزال يعطى له ؟

علاج الاحتباس الحاد

فى سرطان القولون

عن اللانست فى ٢٥ نوفمبر سنة ١٩٢٢

بقلم لكهارت ممرى J. P. Lockhart Mumemry جراح أول مستشفى سنت مارك لأمراض المستقيم بلندره الخ

من المبادئ الجراحيـة المعروفة جيداً الآن أنه لا يشرع فى استئصال جزئى من الامعاء مادام الاحتباس موجوداً وان العلاج الناجع هو أن يقتنع بتصريف الامعاء بفتحة صناعيـة ما دام الاحتباس الحاد موجوداً أما ازالة سبب الاحتباس فتتأجل حتى ينتعش المريض من الاعراض الحادة . ومع أن هـذا هو المبدأ المعمول به فان أغلب الجراحين لا يزالون يبتـدئون بعملية فتح بطن استكشافية على زعم أن يعثروا على السبب من غير اقدام على معالجة الاحتباس . وهذا ينتج غالباً أن يقع الجراح فى شدائد من جراء خروج لفائف الامعاء المنتفخة من الجراح وصعوبة ارجاعها وخوف تشقق الامعاء

من الضغط وفى الحقيقة أن قليلا من العمليات تسبب صعوبات مثلما تسببها عملية فتح البطن الاستقصائية فى الاحتباس الحاد للقولون

ويظهر لى أنه لا ضرورة الى عملية فتح البطن الاستقصائية ولا فائدة منها مطلقاً فى الدور الحاد وأن الطريقة الناجعة كثيراً هى أن يصرف الاعور ويترك الاستقصاء حتى يشفى المريض من الاحتباس وعندئذ يمكن استئصال الورم بأمن معقول . ومن المسلم به أن خير طريقة لتصريف القولون المحتبس هى شق الاعور cœcostomy ويمكن عملها بشق صغير من غير أى خطر مما يصاحب العملية الاستقصائية . وزيادة على ذلك فان الناسور الأعورى مما يجعل عملية استئصال القولون التالية أكثر ضماناً والفتحة تكون بقدر الامكان بعيدة عن محل عملية الاستقصاء فى جدار البطن بفرض أن هذه ستعمل كالعادة فى الجهة اليسرى من البطن (١)

والاعتراض الوحيد على عملية الشق الاعورى فى مقارنتها بالشق القولونى Colostomy فى هذه الحالات هو أنه لسيولة محتويات الأعور قد يعثر ضبط هذه الفتحات كما قد يصعب أن تقفل

والطريقة التالية التى استعملت فى المدة الأخيرة يظهر أنها تتغلب على هاتين الصعوبتين . فيعمل شق صغير على الأعور ثم يستخرج منه عروة صغيرة من جدار الأعور وتحمى بلفائف من الشاش ثم يخرق جدار الأعور بمشرط ويوضع داخله أمبوبة درنقة قطرها نصف بوصة وتمتد الى بوصتين داخل الأعور ثم تخاط الأمبوبة بعد ذلك فى جدار الاعور بكاتجبى . وكل « غرزة » تمر فى جدار الامبوبة وفى جدار الاعور على مسافة نصف بوصة من الامبوبة . فاذا عقدت هذه الغرز انحنى جزء من جدار الاعور داخلا

---

(١) هذا لا أعرفه أنا وأعرف أن العملية الاستقصائية تعمل عادة فى الخط المتوسط

ويعمل بعد ذلك خياطة — مزر الكيس — بعيدة عن الامبوبة ثم تربط فتلف جزءاً اكبر من جدار الاعور داخلا . ثم تستخرج أطراف الغرز بعد ربطها من الفاشيا الداخلة والبريتون ويوضع بعد ذلك غرزة أو اثنان زيادة حتى يثبت الاعور فى النقطة التى تمر فيها الامبوبة للسطح الداخل لجدار البطن ثم بعد ذلك تخاط البطن حول الامبوبة . ثم يربط فى طرف الامبوبة البارز من الغيار أمبوبة واسعة مرنة طويلة تحمل على طرف السرير الى جردل تحته وتستمر الامبوبة مانعة سوائل وغازات نحواً من أسبوع وحيث أن محتويات الاعور سائلة فهى تصرف بسهولة من أمبوبة بهذا الحجم ولا يحصل افراز فى الجرح وعلى ذلك يبقى المريض جافاً مستريحاً . وبعد انصراف الاحتباس وفقدان المريض لكل علامات التسمم — الذى يكون عادة بعد مضى خمسة أو ستة أيام — تفتح البطن إما فى الخط المتوسط أو فى الجهة اليسرى فليعرف سبب الاحتباس وعلاجه فى أحسن ظرف . ووجود هذا الشق الاعورى يسهل كثيراً عملية كاستئصال جزء من القولون ويجعلها مأمونة وعدم وجود التسمم والانتفاخ يقلل الاضرار كثيراً فاذا صارت الامبوبة التى فى الاعور متحركة وذلك غالباً فى ثامن أو تاسع يوم رفعت ثم يعقب ذلك رشح بسيط بمرض أزاله الاحتباس الاصلى أو عمل شق قولونى فوق ذلك . وأنا لا أعرف أن شقاً عمل بهذه الطريقة لم يقفل من نفسه فى أسبوع أو عشرة أيام وغالبا لا يحصل فيه رشح بعد رفع الامبوبة . وأنا أعتقد ان هذه الطريقة أضمن لعلاج الاحتباس القولونى الحاد من عملية الفتح الاستقصائى وأظن أن هذه هى الطريقة الصحيحة اذا أمكن التحقق من أن سبب الاحتباس ورم . وفى حالات الاحتباس الفجائى الذى لم يعرف تاريخه لا يمكن عادة للواحد أن ينحى من التشخيص الالتواء المعوى "Volvulus" وعملية الاستقصاء تكون اذاً واجبة ولكى يمكن التحقق من أن سبب الاحتباس ليس التواء أو

فتقاً وفى هذه الحالة يحفظ الشق الاعورى كثيراً من الارواح التى قد تفقد اذا لم يوفق الجراح الى تشخيص بعض حالات فتق قولونى غامضة

واذا لم يوجد الاعور منتفخاً أثناء العملية وجب الاستقصاء اذ ربما يكون الاحتباس فى الامعاء الرقيقة . والانسداد القولونى المزمن قد يشتبه فى حالات الاورام ولكن ذلك غير منتظر اذا عرف تاريخ الحالة وعلى كل حال فالشق الاعورى يمنع حصول غنغرينا فى الانسداد بتصريف الاحتباس وعلى ذلك فالعلاج نافع محمد مبارك

الديدان المستديرة والهستيريا

أهمية فحص البراز فى الهستيريا

الدكتور احمد الفاضى

الهستيريا والصرع من الامراض التى يصعب جداً الشفاء منها الا أن هناك نوبات قريبة الشبه بنوبات هذين المرضين تنتاب الاطفال كثيراً وغالباً يستشار الطبيب ولا يزال المريض بين تناول الوالريانات Valerianates والبرومور Bromides حتى ييأس أهل المريض ويكاون الامر لله كأن المرض محتم البقاء . وقد رأيت حالتين يشبهان الهستريا تماماً ولكن شفيتا باعطاء مقدار من السنتونين

الحالة الاولى : الآنسة ن . ا من مصر حضرت لى فى يونيه ٩٢٠ تشكو من نوبات شبه صرعية تنتابها يومياً مرة أو أكثر منذ سنة تقريباً

كان عمر المريضة خمسة عشر سنة تقريباً عند رؤيتى لها وقد استشارت عدة أطباء فبعضهم شخص المرض صرعاً والآخر شخصه هستيريا وأخذت المريضة كثيراً من الدواء بدون فائدة تذكر ثم عولجت بالكهرباء بدون فائدة

سألت المريضة اذا كانت تخرج ديدان مع البراز فأجابت بالنفى و بناء على ذلك ولأن المريضة ليست طفلة صغيرة يؤثر فيها وجود الديدان لهذه الدرجة شخصت المرض صرعاً وأعطيتها الدواء الآتى :

بروموز الصوديوم ٥٠ ر.
« البوتاسيوم ٥٠ ر.
« النوشادر ٥٠ ر.
ماء ٪ ٣٠ ثلاثة مرات فى اليوم

تحسنت المريضة مؤقتاً وانقطعت النوبات لمدة أسبوع وسر أهل المريضة كثيراً الا أنه بعد ذلك عادت لها النوبات كالأول وحدث أن جاءتها النوبة أمامى فتبين انها هستيريا . لا أطيل فى الوصف فقد يئست المريضة منى وتخلفت مدة أسبوعين بعدها حضرت تقول انها شفيت تماماً وذكرت أنها بعد ان تركتنى ذهبت الى طبيب آخر فأعطاها دواء طارداً للدود وعرفها انها اذا طردت دوداً من امعائها فستشفى وفعلا حصل فقد طرد دودة مستديرة Aseauis Lumbrecoid وانقطعت بعدها النوبات

الحالة الثانية : ن . ف من نشرت مركز كفر الشيخ عمرها خمس سنوات تأتيها نوبات كثيرة يومياً من سنتين تقريباً حضرت الى يوم ١١ يناير سنة ٩٢٣ واثناء الكشف حدثت لها نوبة وكانت تشبه تماماً نوبة الهستيريا الا أنها قصيرة فحصت البراز فوجدت به بيض الدود المستدير "Asearis Eggs" فأعطيناها الدواء الآتى :

(١) زيت خروع ١٥٠ جم تؤخذ عند الظهر دفعة واحدة
(٢) سنتونين ١٢٥ ,.
زئبق حلو ١٢٥ ,.
سكر لبن ٥٠ ,. فى ورقة عدد ٢

واحدة عند الغروب والأخرى عند العشاء قبل النوم

زئبق حلو ١٢٥ ,.

(٣) سكر لبن ٥٠ ,. ورقة واحدة عند الصباح ثانى يوم

لم يطرد شيء من الديدان ولكن النوبات خفت وقلت كثيراً وأصبحت مرة واحدة فى اليوم قرب المساء فاشتبهت فى اعطاء الدواء وطلبت من أهل الطفلة أن يحضروها وتنتظر عندى حتى يطرد الدود وقد كررت لها الدواء السالف واعطيتها اياه بنفسى ثم أعقبته بمحلول سلفات المانيزيا (٣٠٪) ٣٠,جم فكان لشدة سرور أهلها ان طردت دودة واحدة يبلغ طولها ٢٠ س.م

وبعدها لم تحدث نوبات أبداً وقد مرت أربعة أيام وفى النية أن أعيد فحص البراز قريباً وأكرر اعطاء الدواء وعلى ما يظهر تكون الطفلة قد شفيت تماماً

ومجمل القول انه من الضرورى جداً التفكير فى تطهير الامعاء فى حالات النوبات الشبه صرعية خصوصاً فى بلادنا حيث تتوفر جميع المسببات لوجود الديدان بالامعاء ؟

مستشفى قصر العينى الجديد

تألفت لجنة من الدكاترة على بك ابراهيم وحافظ بك عفيفى وعبد الحميد افندى العرابى وانضم اليها حضرة أمين بك الرافعى مدير جريدة الاخبار لمقابلة المستر سمسون رئيس جمعية مهندسى المعمار البريطانيين وفى يوم ١٩ فبراير سنة ١٩٢٣ تقابلوا معه جميعاً (ما عدا أمين بك الرافعى الذى تغيب عن الحضور) فى لوكاندة شبرد لمعرفة رأيه فى مشروع المستشفى الجديد المنوى انشاؤه وما يبدى من الملحوظات عليه

فبدأ يشرح لهم مشروع هذا المستشفى والرسومات والتصميمات التى قدمت

عنه فى المسابقة الدولية من مشاهير المهندسين المعماريين وقد قال ان الحكومة فكرت منذ سنتين فى انشاء مستشفى يليق بعظمة مصر ومكانتها بين الأمم يؤمه المرضى من انحاء القطر للتداوى من الأمراض المختلفة فوقع الاختيار على مكان بالمنيل تبلغ مساحته ٣٠ فداناً وقد دعاه ولاة الأمور ليرى رأيه فى المشروع فلما وصل الى القاهرة منذ سنتين حظى بمقابلة جلالة الملك الذى أظهر له رغبة صادقة فى انجاز هذا المشروع الذى ستعم فائدته عموم القطر وبعد ذلك اجتمع بكثير من المهندسين والأطباء وتشاور معهم فى الرأى من حيث حاجيات البلد ومقتضيات المناخ وقد زار قصر العينى ومستشفى الأمراض العقلية والمستشفيات الأخرى ثم تألفت لجنة مختلطة من أطباء مصر ومهندسيها رأسها حضرة صاحب المعالى محمد شفيق باشا وزير الأشغال اذ ذاك وكان فى جملتها جمع من مهندسى المبانى بوزارة الأشغال فاسفرت الشورى بينهم عن قرارات طبية هندسية وقد أرسلت تلك القرارات الى كبار المهندسين فى العالم ليتباروا فى وضع رسوم المشروع ويتنافسوا فى اتقانها واستيفائها الحاجة من جميع الوجوه وفى نوفمبر سنة ١٩٢١ وصل سبعون رسما يصحبها سبعون طلباً من سبعين مهندساً من ١٥ بلداً فى مصر . سويسرا . فرنسا . المانيا . جزر ملايا . الهند . ايطاليا . أمريكا . انجلترا . اسكوتلندا . فنلندا . أسبانيا . السويد . هولندا . جنوب افريقا.

وقد بحث المستر سمسون هذه الرسوم فى مدة ثلاثه شهور للمفاضلة بينها فكانت نتيجة ذلك أن قبل ٦ منها ثم طلب الى أصحابها أن يرسموها من جديد ليزيدوها تفصيلا وقد ضمت الحكومة ٦ رسوم أخرى كانت طلبتها الى ٦ من كبار مهندسى المعمار الاخصائيين فى بناء المستشفيات ممن يأبون الاشتراك فى المنافسات لما لهم من مكانة ممتازة فاصبحت الرسوم التى حازت القبول فى هذه الرحلة الاولى ١٢ رسما سيعطى كل من أصحابها ٥٠٠ جنيه وكان من

شروط هذه المسابقة ان الرابح الاول بين المتسابقين ينتدب للاشراف على انشاء هذا البناء الضخم وانه اذا لم تسرع الحكومة فى البناء فى خلال سنة بعد تاريخ تقرير نتيجة المسابقة تدفع له عشرة الاف جنيه مكافأة وأما الرابح الثانى فتعطى له مبلغ الف جنيه مكافأة

بيان نظام المستشفى

القسم الداخلى

يكون عدد أسرة المستشفى ٢٢٧٠ منها ٥٥٠ للجراحة بقسم الرجال و٣٥٠ للجراحة بقسم النساء ومنها ٢٥٠ للامراض الباطنية بقسم الرجال و١٠٠ للامراض الباطنية بقسم النساء والاطفال ومنها ١٠ لملاحظة الاحوال المشتبه فيها قسم الرجال و١٠ لملاحظة الاحوال المشتبه فيها بقسم النساء

العيادة الخارجية

ستكون العيادة الخارجية أكبر عيادة خارجية فى العالم ويفصل قسم الرجال عن قسم النساء وسيكون قسمان للجراحة وقسمان للامراض الباطنية وقسم للاطفال وقسم لامراض العيون وقسم للامراض الجلدية وآخر للامراض الزهرية وقسم للاذن والحلق وقسم لامراض النساء وقسم لجراحة الاطفال وقسم لامراض الاسنان

وسيكون فى المستشفى قسم خاص للديدان وعلاجها على اختلاف أنواعها وسيجهز هذا القسم بكل الاجهزة للابحاث الميكروسكوبية بحيث يمكن علاج ٥٠٠ مريض كل يوم

وسيكون للعيادة الخارجية غرف خاصة بالعلاج الميكانيكى والكهربائى

مدرسة الطب

سيكون فى المدرسة متسع ل ٦٠٠ تلميذ موزعة على السنوات الاربع الاخيرة

أما السنة الاولى فسيكون التعليم فيها خارج مدرسة الطب فى بناء خاص من المحتمل أن يكون بناء مدرسة الطب الحالية وسيكون للمدرسة مكتبة عظيمة وستكون المعامل والغرف بحيث تسع كل فرقة ١٨٠ تلميذاً وسيخصص للطلبة الذين يؤثرون الاقامة فى المدرسة مكان يسع ٢٠٠ تلميذ وسيكون للمدرسة ناد كبير وملاعب فسيحة لكل أنواع الرياضة البدنية

مدرسة الاسنان

ستجهز بكل الاجهزة والمعامل وسيكون للعمليات غرفتان فى كل واحده ٥٠ كرسياً للعمليات بحيث يمكن اجراء خمسين عملية من كل غرفة فى آن واحد

مدرسة الممرضات

ستسع هذه المدرسة ١٢٠ تلميذة وستكون من أربع فرق فى كل فرقة ٣٠ تلميذة وسيقمن جميعاً فى المدرسة

قسم التوليد الخارجى

سيكون فى هذا القسم ٣٠ قابلة ورئيستان وسيعهد لهن بالتوليد خارج المستشفى

مدرسة الصيدلية

تسع مدرسة الصيدلية ٦٠ طالبا على فرقتين وسيكون فيها جميع الاجهزة والمعامل

وقد اعلنت اللجنة المعينه لفحص الرسوم نتيجة المسابقة الكبرى فكان الرابح الاول محل الخواجات « شارلز نيكولاس » « وديكسون سبين » والرابح الثانى محل الخواجات « لانكستر » و « ريكاردوس » و « لوكاس » و«لودج» والاثنان من أشهر شركات الهندسة المعمارية بلندن

وقد قررت اللجنة الفنية المعينة لفحص رسوم المستشفى الجديد عرض الرسوم المنتقاة التى تقدمت لها فى المسابقة العامة لانشاء مستشفى ومدرسة

للطب فى القاهرة فى بناء وزارة الحربية الكائن بحديقة وزارة الاشغال حتى يطلع عليها كل ما يهمه ذلك

هذا هو مشروع ذلك المستشفى المزمع اقامته فى مصر وسيكون برعاية جلالة الملك وعنايته أكبر مستشفى فى العالم يفى بحاجة المرضى من الفقراء ويليق بعاصمة القطر المصرى م؟

محضر الجلسة التاسعة والعشرين

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال تحت رئاسة سعادة الأستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا فى الساعة ١٠ ونصف من صباح الجمعة ١٦ فبراير سنة ١٩٢٣ وبعد افتتاح الجلسة قرئ محضر الجلسة الماضية فصودق عليه ثم تلا سعادة الرئيس الخطاب الآتى :

سادتى واخوانى وأبنائى الأعزاء

فى الجلسة الماضية لم أتمالك من اتمام شكرى لأنى خرجت من الجلسة قبل انفضاضها بسبب ارتباطى بميعاد مع حضرة الدكتور الفاضل والرمدى الشهير الأستاذ ساكس وبما أن الشكر واجب شرعاً وعرفاً فاليوم لى عظيم الشرف وأحسن الذكرى بوقوفى بين يدى أعز أبنائى وأصدقائى شكراً لكم على حسن مجاملتكم لى وسروركم بما من الله على من اعادة نعمة القراءة والكتابة وهنا أيضاً أكرر آيات شكرى لحضرة الدكتور ولدى نصر بك فريد لان حضرته هو الذى قدمنى للدكتور ساكس وكذا أشكر شكراً جزيلا حضرات الأفاضل الدكاترة أبنائى الكرام رئيس وأطباء مستشفى قلاوون لقبولهم لى ضمن مرضاهم بالمستشفى مدة ثمانية أيام والتفافهم حولى وقت العملية ومساعدتهم لحضرة الدكتور المشار اليه وعمل كل ما فيه راحتى ونجاح العملية كما وانى أشكر كل

من زارنى بالمستشفى وأخص بالذكر منهم حضرات الافاضل الدكاترة الاساتذة على بك ابراهيم وابراهيم الشوربجى بك وسليمان بك عزمى واسأل المولى جل وعلا أن يمتع الجميع بالصحة والعافية « آمين آمين لا أرضى بواحدة . حتى أزيد عليها ألف آمين »

وبعد ذلك دعى صاحب العزة دوكتور محمود ماهر بك لالقاء محـاضرته الموت الفجائى فألقى محاضرته النفيسة وقد اقتصرت على الاسباب التى ترجع الى الدورة الدموية وقد وعد حضرة المحاضر بأن يتبعها بسلسلة محاضرات كلما سمحت الظروف شارحاً الابواب التى لم يطرقها فى هذه المحاضرة

وبعد الانتهاء ألقى الدكتور نجيب محفوظ بك الملحوظات الآتية :

ان المحاضرة النفيسة التى ألقاها علينا الدكتور ماهر بك قد شرحت أسباب الوفاة الفجائية التى ترجع الى الدورة الدموية بما لا يترك مجالا لمستزيد ومما يجعل للوفاة الفجائية أهمية خاصة عند الجراحين والمولدين وأنها قد تحدث عقب العمليات والولادات . ويصعب جداً ألا تعلق بسمعة الطبيب شبهة حتى ولو ثبت أن لا علاقة للوفاة بالعملية ومن الامثـلة على ذلك حادثة حدثت فى قسم الولادة أراد فيها المولد أن يخدر المريضة بالستوفائين فلم يكد يدخل الابرة فى ظهر المريضة حتى سقطت ميتة . ولم يوجد عند عمل الصفة التشريحية ما يمكن أن يعد سبباً للوفاة . والغالب أنها نشأت عن صدمة سببها طول مدة الولادة واشتداد أوجاع الطلق .

وقد حدث أيضاً انى شاهدت فى أثناء مرورى فى قسم الولادة نفساء تشكو من ضيق فجائى شديد فى التنفس ولم تمض بضع دقائق على هذه الشكوى حتى ماتت . وقد أظهر التشريح المرضى انسداداً فى الشريان الرئوى

وقد حدث أيضاً انى أجريت عملية استئصال الرحم لمريضة مصابة بورم ليفى وقد شفيت هذه المريضة وكانت مدة نقاهتها طبيعية وصرحت لها بالخروج

فى اليوم الحادى والعشرين حسب العادة المتبعة فى العمليات البطنية ولكنها لم تكد تترك باب المستشفى حتى سقطت ميتة . وقد أظهر التشريح المرضى انسداداً فى الشريان الرئوى أيضاً وسأذكر الآن بعض الاسباب التى تحدث الوفاة الفجائية فى مدة الحمل والولادة والنفاس

قد تحدث الوفاة فجأة مدة الحمل من أسباب لا علاقة لها به مثل أمراض القلب والسكتات والأنزفة المخيفة . وقد تحدث الوفاة من أمراض لها علاقة بالحمل مثل انفجار حمل خارج الرحم أو حدوث نزف عارضى باطنى أو خارجى أو من الاندغام المعيب للمشيمه . وفى أحوال نادرة قد ينفجر الرحم من تمزق ابرة التحام عملية قيصرية سابقة

أسباب الوفاة الفجائية فى مدة النفاس

قد تحدث الوفاة الفجائية فى مدة النفاس من الاغماء والكوما والسكتة الرئوية

الاغماء : ويحدث عند المصاب بامراض القلب المزمنة وفى أحوال الانيميا المزمنة الشديدة ومن الانزفة التى تحدث بعد الولادة أو فى أثنائها ومن المشاهد أن خطر الولادة عند المصابات بامراض القلب لا ينتهى بمجرد الولادة بل قد تحدث الوفاة فى مدة الأسبوع الاول بسبب وقوف حركة القلب وفى بعض الاحوال يتسبب الاغماء فى الصدمة الناشئة من اخلاء الرحم بسرعة كما يحدث بعد الولادة القهرية فى الاندغام المعيب للمشيمة وفى الولادة الفجائية وانفجار الرحم .

السكتة الرئوية : قد تحدث مدة الحمل أو الولادة أو النفاس وسببها انفصال كتلة دموية صغيرة من وريد أو جيب وعائى دمه متجمد ووصول هذه الكتلة الى الشريان الرئوى أو أحد فروعه . وانفصال هذه الكتل قد

يتسبب من السعال الشديد أو التشنج وقد تتسبب السكتة أيضاً من وصول الهواء الى أوعية الرحم اذا عمل زرق رحمى بغير اعتناء أو اذا حقن بين الرحم والاغشية مقدار من الجلسيرين بقصد تمريض الولادة . وقد يكون منشأ الكتلة من الوريد الفخذى المتجمد دمه . وينذر أن تحدث الوفاة فجأة من السكتات الرئوية .

وغالباً تمضى بضع ساعات قبل الوفاة تحدث فى أثنائها اعراض تختلف بحسب حجم الوعاء الذى تسده الكتلة . فان كان الوعاء كبيراً يحدث عسر شديد فى التنفس دلالة الجوع الهوائى أى شدة الافتقار الى الاوكسيجين ويصحب ذلك زرقة شديدة فى الوجه والاطراف ثم فى سائر الجسم ويكون التنفس ضعيفاً وسريعاً . أما اذا كان الوعاء المنسد صغيراً فالاعراض تشبه اعراض الصدمة من حيث شحوب اللون وبرودة الجسم وضعف النبض

الكوما : تحدث الكومات مدة النفاس عند المصابات بالبول السكرى أو الاكلمسيا أو النزف المخى

وبعد ذلك قام الدكتور محجوب بك ثابت وذكر جملة حوادث من هذا القبيل كان سبب الوفاة الفجائية فيها أمراض قلبية أو مضاعفات أمراض القلب وغيرها . وتمنى لو كان حاضراً عدد كبير من مفتشى صحة المراكز الذين يهمهم هذا الموضوع ووعد أن يلقى محاضرة فى بعض الاحوال التى جرت فيها خلاف فى الرأى بينه وبين غيره من الاطباء فى سبب الوفاة

وبعد ذلك قام دكتور مصطفى فهمى سرور وألقى الملحوظات الآتية :

انه لمناسبة ما قاله الدكتور ماهر بك من أنه قلما يعمل تشخيص تشحم العضلة القلبية اكلينيكيا وذلك لانه أى التشحم قد يوجد دون اعطاء علامات موضعية فى القلب نفسه مثل التضخم والتمدد والنفخ أرجو أن أقول أن تشحم القلب تصحبه اعراض يشعر بها المريض ويشكو لطبيبه وذلك قبل انحطاط

قواه العضلية الجسمانية وضيق التنفس وسرعة دقات القلب والاحساس بضغط في أسفل الفتق أو في الصدر وكلها اعراض تشير تماماً الى عدم كفاية العضلة القلبية ولذا يجب الاستماع لهـا واحلالها محلها من الاعتبار والعناية وذلك لان مجرد وجود هذه الاعراض دليل قوى على عدم كفاية القلب من وجود أى نفخ اذا كان النفخ غير مصحوب بمثل هذه الاعراض فالواجب اذاً أن نفسر هذه الاعراض تفسيراً حقيقياً قبل أن نعزوها الى عصبية المريض أو توهمه وان نحرم كل ما يشكوه مرضى القلوب لان احساسهم له قيمة عظيمة فى الاستدلال على قوة قلوبهم

وان فيما قاله الدكتور ماهر بك عن أناس ماتوا موتاً فجائياً نتيجة انسكاب تامورى لدليل على قوة التكييف العظيمة التى يمكن أن يتمتع بها القلب بحيث يستطيع أن يؤدى عمله زمناً ما بالرغم من وجود عوامل غريبة ولاشك مضايقة دون أن يشعر المريض بما يلزمه الفراش فيستمر فى عمله حتى يموت فجأة أثناء شجارا وخلافه

وأن قوة التكييف هذه موجودة فى الاعضاء المختلفة بنسب مختلفة ولكن يجب أن يعطى العضو الوقت الكافى وأما اذا فوجئ بعامل غريب فقد لا يستطيع التكييف بالسرعة اللازمة فتهبط وظيفته هبوطاً حاداً يختلف تأثيره باختلاف أهمية العضو — ثم قال حضرة المحاضر ان المرض بعدم كفاية صمامى مترال والاورطى أقل تعرضاً للموت الفجائى من مرض عدم كفاية صمام الاورطى فقط وفسر ذلك وهنا أرجو أن أضيف الى تفسيره التفسير الآتى وذلك أن التقهقر الميترالى يفرج عن عضلة البطن اليسار نوعاً اذ بدل أن يطرد محتوياته عن طريق فتحة المترال وهذا بلا شك يهون عليها مهمتها فلا تبقى العضلة دائماً منهوكة بلا احتياطى فتكون أقل تعرضاً للهبوط الحاد أو التمدد الحاد والموت الفجائى للشخص

أما بخصوص ما قاله الأستاذ الجليل نجيب بك محفوظ عن السدادات الرئوية فأرجو أن أضيف السدادات الدهنية الرئوية المتعددة التى تنشأ عن تهتك الانسجة الدهنية تحت الجلد الى نخاع العظام نتيجة اصابات شديدة أو عمليات حيث تنفصل كروات دهنية تدخل فى الاوردة الممزقة — وتسير فى الدم حتى تحشر فى الاوعية الرئوية الشعرية فتحدث اعراضاً صدرية حادة يختلف مقدارها بمقدار السدادات وحجمها وقد تنتهى بالموت السريع لذلك يجب فى عمليات المرضى السمان ان يتلطف فى معاملة الانسجة الدهنية حيثما وجدت لا سيما فى العمليات على العظام الطويلة حيث النخاع حافل بالنسيج الدهنى

وختاماً أشكر حضرة المحاضر لمحاضرته النفيسة وانا لبقيتها لمنتظرون

وأقفلت الجلسة حيث كانت الساعة ١٢ ظهراً م السكرتير

نجيب اسكندر

تقريظ الكتب ونقدها

أهدانا حضرة الدكتور عثمان لبيب عبده مؤلفه عن أبسط الوسائل الطبية فى حفظ الصحة والاسعافات المنزلية ، لاجل ارشاد العائلات وتعليم البنين والبنات وهو يقع فى مائة صفحة وعشرة مطبوعا طبعاً جيداً ومزيناً بالرسومات والاشكال مما يسهل على القارئ فهم عبارته بأسلوب وجيز وقد تصفحناه فوجدناه متضمناً مواضيع شتى غاية فى الأهمية وقد غنى واضعه بانتخابها وشرحها خصوصاً ما يهم العائلات منها لانها موضوعة فى أسلوب يسهل على كل فرد فهمها . وقد الفه حضرة الدكتور بعد ان رأى أهمية الارشادات الصحية وما يتوقف عليها من حفظ الصحة التى هى أثمن شىء عند الانسان يجب الاعتناء به

وقد بدأ حضرة الدكتور بوصف الهيكل العظمى لجسم الانسان وعن

العظام المختلفة الداخلة فى تركيبه وقد شرح كل عظمة على حدتها وعلاقتها بالجسم
ثم تناول الكلام على الدورة الدموية ووصف تركيب القلب ووظيفته وطريقة
سير الدم وتنقيته بواسطة الرئتين . ثم تكلم بعد ذلك على الجهاز الهضمى وتركيبه
وكيفية هضم الغذاء ومروره الى الجسم ثم أخذ يشرح جهاز التنفس وكيفية
تنقية الدم وبعد ذلك تطرق الى الكلام على الأعصاب وشرح وظائفها وتركيبها
وكيفية توزيعها على الجسم وتكلم على الجهاز البولى ووظيفة الكليتين وتكلم
على الجلد ووظيفته كغلاف للجسم ولافراز العرق وتنظيم حرارة الجسم وكاداة
للمس ثم وصف بعد ذلك الحواس وكيفية الأبصار والسمع والذوق

ثم رأى حضرة الدكتور أهمية تدبير الصحة للانسان فشرح أسباب
الامراض وانتشار العدوى وكيفية مقاومة الجسم للميكروبات وتكلم على الهواء
وتركيبه ومايفسده وينقيه والماء وتركيبه وطريقة ترشيحه وفوائد الماء الساخن
والفاتر والبارد ثم تكلم على المواد الغذائية وفوائد الطبخ وأنواع الطعام وشرح
كل منه على حدته وفوائده . ثم تناول البحث فى موضوع العادات المألوفة
كشرب الدخان والقهوة والشاى وتعاطى الأفيون والحشيش والمنزول
والكوكائين والخمر وأبان مضار كل منها وتأثيره السيء على الجسم ومصائبه على
المجتمع الانسانى

ثم انتقل الى الكلام على صحة المساكن والملابس والاستحمام وأنواع
الحمامات وفوائدها ثم تكلم بعد ذلك على باب التمريض وواجبات الممرضة
وقد أفاض فى شرح هذا الباب ووفاه حقه وتكلم على الامراض الوبائية وكيفية
انتشارها وطرق الوقاية منها وعمل الاحتياطات اللازمة لها

ثم شرح طرق العناية بالعين والاذن والزور والجلد والانف والاسنان
وضرورة بذل الاعتناء لصيانتها . وشرح أيضاً الطرق البسيطة للاسعافات
الاولية للمرض والقصع والخلع والكسر والجروح والنزيف والحروق الخ

ثم تكلم على الحيض والحمل وعلاماته ومدته ووصف الارشادات الصحية للحامل التى يجب أن تتبعها أثناء حملها . و بعد ذلك تناول الكلام على الاجهاض والولادة والارشادات التى يجب اتباعها عقب الولادة والعناية بالمولود والاطفال والشروط الصحية التى يجب أن تتبع من نظافتها ووقايتها من الامراض وشروط الرضاعة والتغذية

فكتاب حضرة الدكتور جدير باهتمام العائلات خصوصاً الامهات اللاتى يعنين بتربية أطفالهن فقد عنى به ووضعه فى أسلوب وجيز فياحبذا لواقتنت سيداتنا هذا الكتاب ودرسنه بدقة وامعان ؟

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها بالأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد



هيمو
جلوبين
دشيان
حديد حيوى
عناصر الدم
المؤكدة
معالجة الدم بالدم

مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من اكثر من ثلاثين الف طبيب يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل معلقة كبيرة تحتوى على غرامين ونصف من الهيموجلوبين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين فى اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان — فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع السلطان فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتيريه — روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : —

ذات الرئة — الانفلونزا — التهاب اللوزتين — والتيفويد — والروماتيزم وتسمم الدم — والتهاب الأمعاء — والتهاب البروتون والمسمن — والتهاب المبيضين — والتهاب السحايا — والتدرن — والحمى المتقطعة — (الملاريا)

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل وبدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد — بين العضلات — أو بين الأوردة من ١ لغاية ٦ سنتيمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

﴿ سائل سدانس المسكن ﴾ تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

LIQUOR SEDANS (PARKE, DAVIS & Co.)

يحضر هذا السائل المسكن من نبات الفيبورنوم **Viburnum Prunifolium** والهدراستين **Hydrastine** ونبات بسيديا بسيبيولا **Piscidia Piscipula** فهو مسكن ومقو لاعضاء التناسل فى الاناث وقد اتى بفوائد حسنة في حالات الحيض المصحوب بالام وكثرة الحيض وما يصحبه من عدم قيام الاعضاء بوظائفها . يباع هذا السائل في زجاجات سعة ١٠٠ جرام و ٥٠٠ جرام ويصنع بشكل محافظ تحتوي كل محفظة على الكمية الموجودة في درهم من هذا المستحضر

﴿ الشراب الهيبوفوسفت المركب المقوي للدم ﴾

تحضير معامل بارك ودافيز الكيماويه

Hematic Compound Syrup of the Hypophosphites, P.D. & Co.

يوصي حضرات الاطباء باستعمال هذا الشراب المقوى للدم والمجدد للصحة فى حالات فقر الدم وضعف الاعصاب والالتهابات الخنزيرية وسائر الاصابات الدرنية وفى النقاهة عقب الامراض الشديدة الوطئة وغيرذلك ويعطي هذا الشراب من ملعقة شاي الى اثنين

﴿ اكسير جلسروفسفات الحديد والكنين والاستركنين ﴾

مستحضر نمرة (١٤٥) تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

Elexir Glycero phosphotes with Iron, Quinine & Strychnine

(PARKE, DAVIS & Co.) No. 145

لا يخفى ان الاملاح الجليسروفسفاتيه معدودة من اعظم المقويات للاعصاب وذلك لانها تحتوي على فسفور سهل الامتصاص يشبه في تركيبه الفسفور الموجود بالمخ ونسيج الاعصاب

وهذا الشراب يحتوي على املاح الحديد والكنين والاستركنين الجليسروفسفاتيه السهلة الامتصاص والمقوية الاكيدة المفعول ويعطى من ملعقة شاي الى اثنين ثلاث مرات كل يوم

العدد الخامس | مايو سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشاً فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الإعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبرئيل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات: ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالإدارة: ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الخامس | مايو سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

القسم الثانى من المحاضرة التى ألقاها الدكتور (**محمود بك ماهر**)

فى الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

عن (الموت الفجائى)

أمراض الشرايين

تعرفون المثل القائل بأن عمر الانسان كعمر الشرايين وهو مثل حقيقى الاعتبار بالنسبة للموت الفجائى — وأهم هذه الأمراض هو تصلب الشرايين ولكن لنبدأ بالأمراض الوراثية أولا

١ — ضيق فتحة الأورطى والاورطى وقد قرر لسر (Lesser) وفرشو (Verchow) أنها تكون فى سن ٢٠ أو ٢٥ بحجم الاورطى الطبيعى لطفل سن ٨ أو ١٠ سنوات وأنه يتسبب عنها نقص فى التغذية ناشىء عن نقص الدم ينشأ عنه أنيميا تشبه الكلوروز وأنها قد تنتهى بموت فجائى

٢ — ضمور الطبقة المتوسطة لجدر الاورطى (الطبقة العضلية) الحادثة الوحيدة التى رواها بريوارديل هكذا « شاب فى سن ٢٠ طالب طب أمضى بعد ظهر يوم فى المشرحة عاد الى منزله وتعشى مع والديه واخوته ولعب الكوتشينة

(الورق) وفى الساعة ١٠ دخل غرفته وكتب خطاباً كبيراً لاحد أصحابه وشعر بألم زائد فى الصدر حوالى منتصف الليل ألزمه القيام من النوم والمشى وتيقظت والدته وطلبت طبيباً لاسعافه . حضر الطبيب وأعطاه حقنة مورفين ظناً منه انه مغص كبدى . ومع ذلك استمر الالم الى الساعة السابعة مساء من اليوم التالى حيث توفى المريض . والتشريح أورى وجود انسكاب دموى فى الجهة اليمنى من الصدر ومقدم العنق خلف البلعوم ممتد حول الاورطى حتى الحوض وممتد فى المساريقا

وتبين أنه نتيجة انفجارين مستعرضين فى الاورطى الاول بالقرب من تفرع الشريان السباتى والثانى على مسافة ٢ سنتى أعلا الحجاب الحاجز وأن جدر الشريان فاقدة لطبقتها المتوسطة تقريباً . وتاريخ المريض يدل على أنه أصيب بحمى تيفوسيه فى سن ١٥ وبالطبع لنا أن نتساءل عما اذا كانت هذه الحالة وراثية أو متخلفة عن حمى . حصل هذا الانفجار بدون انذار وبدون أى مجهود خاص حصل من المريض الذى ليوم المرض لم يمتنع عن التمتع بالرياضة المعتادة التى يحصل عليها غيره من الشبان

ضمور أو تصلب الشرايين : مرض يسبب الموت الفجائى أكثر من أى مرض شريانى آخر هو عبارة عن استحالة خاصة فى جدر الشرايين تبدأ فى قوس الاورطى ثم تمتد لكل الفروع الشريانية ولكنها تجتاز على الخصوص شرايين المخ وشرايين الكليتين

هذا التعميم وهذا التخصيص كلاهما يهمنا . فعند حصول هذا التغيير فى شريان يصير يابساً وهشاً ويصفر حجمه وقد ينسد كلية . واليبوسة والهشاشة معناها بسهولة الانفجار أو التمزق

فتمزق الاورطى يحصل فى الغالب عقب عارض كشجار أو سقوط شديد أو تنازع وكلها تتطلب تدخل القضاء الذى ينسب الوفاة للعنف

وفى التشريح يوجد تمزق فى الأورطى كامل فى جميع طبقاته أو غير كامل فاصل للطبقة الفخذية وتمزق آخر أوطأ منه من الباطن للظاهر

وتمزق الشرايين الاكليلية ينشأ عنـه انسكاب دموى فى التامور

ضيق الشرايين يقلل كميـة الدم التى توزع فى الجسم ونجد خطورتها فى المخ حيث الاتصال قليل فى الدورة بين الشرايين و بعضها فتحصل أنيميا مخية ينشأ عنهـا شلل نصفى أو أفازيا الخ الخ

وقد حصلت مثل هذه الحالة لعربجى كان يسوق عربة فسقط الـكرباج من يده فجأة ونقل للمستشفى بشلل يمينى مع أفازيا الا أنه شفى بعد عدة أيام

و يصادف حصول هذا العارض أثنـاء مشاجرة أو تنازع أو عقب ضربة صغيرة على الرأس فتنسب خطأ للعنف

وقد يحصل لأشخاص مصابين بتصلب شرايين المخ فقط وليس بالتصاب العام

أما اذا انقلب الضيق انسداداً وامتنع الدم فيحصل لين مخى فى البقعة الممنوع عنها الدم وهذه تؤدى للوفاة عاجلا أو آجلا حسب أهمية النقطة المصابة وحجمها

وما يهمنا اليوم هو الشريان القاعدى Basiller المتكون من اجتماع الشريانين الفقريين Vertebral والذى يغذى كو برى فارول والنخاع المستطيل (البصيلة) وأعراض الاصابة به اذاكان الانسداد غير كامل تمثله الحالة الآتية : بينما الشخص فى عمله يشعر بتعب فيجلس ثم يفقد الـكلام نظراً لشلل العصب تحت اللسان مع صعوبة فى الحركات وبالراحة التامة قد يتحسن و يشفى مؤقتاً . أما اذاكان الانسداد تاماً فتحل الوفاة فى بضع دقائق بوقوف القلب والتنفس

أما اذا حصل انفجار ونزيف فالاعراض غيبوبة وضيق فى التنفس واتساع فى الحدقتين يشخص غالبـاً فى الأول بتسمم مخدر كالداتورة ثم تنتهى بشلل والوفاة فى بحر يوم أو يومين وقد شاهدت ما ينوف عن ستة أحوال من هذا القبيل فى مستشفى قصر العينى كان التشخيص تسمم بمخدر داتوره . والتشريح

أو رى نزيفاً فى البصيلة فقط أو فيها وفى الجيوب المخية

أنيوريزم : — قد يسبب ضمور الشرايين أنيوريزمات فى الشرايين الكبرى

فأنيوريزم الاورطى كثيراً ما يستكشف عنه التشريح وتعلمون أن المصاب قد ينسب الآلام فى الظهر لحالة روماتيزمية فلا يهتم بها الا أن يأخذ لياته فجأة بنزيف من الشعب مثلا يؤدى لوفاته

ومن هذا النوع أنيوريزم الأورطى النازلة الأنيوريزم الذى لا يضغط على الشعب ولا على العصب الرئوى المعدى فلا تكون له اعراض مطلقاً فى الحياة

اما الأنيوريزم الذى ينمو للامام و يأكل جدر الصدر الامامية فلا يحتاج لبيان لانه ليس فيه غموض

أما الأنيوريزمات التى تأكل فى الشعب أو المرئ أو البلورا أو العمود الفقرى فهذه قد تسبب بطبيعتها غير الانفجار ما يستدعى تدخل القضاء

وانى أعرف حالة أنيوريزم فى الأورطى البطنية أدت بسبب القئ والبرودة اللذين حصلا من انفجارها فى البطن الى الفكرة فى التسمم

كذلك الأنيوريزمات الصغيرة التى تتكون فى الأورطى فى القسم الداخل فى التامور اذا انفجرت تحدث نزيفاً كبيراً فى التامور وموتاً عاجلا كما يحدث من تمزق القلب نفسه . ويجب دائماً أن نتذكر أن الانيوريزم قد يتكون فى أى شريان مصاب بالضمور ولذا فقد يصيب شرايين المخ ومنها الشريان القاعدى

تمزق الاورطى : — قد يحصل تمزق فى الاورطى بدون باعث أو عقب مجهود و بدون وجود أى تغير مرضى فيها هذه الاحوال لا يمكن تفسيرها (بروادل) وقد ذكرت عدة حالات من هذا القبيل

وقد يكون نتيجة انثقاب أو من جسم غريب دخل المرئ كأبرة أو عظمة لحمة — ومثل هـذا خادمة شكت من دخول عظمة فى زورها بحث عنها الطبيب فلم يجدها . استراحت بعد قليل ولـكن بعد أسبوع سمعت تئن ونقلت للمستشفى حيث نزفت كثيراً من فمها وتوفيت . والتشريح أورى تقرحاً يوصل بين المرىء والاورطى وبفتحته العظمة

أمراض الاوردة : ليست الاوردة مما تسبب الموت الفجائى فى الغالب ولـكنها كانت سبباً فى بعض الاحيان

ا — تمزق الاوردة : بورتال Portal روى أن الوريد الرئوى تمزق عند اتصاله بالاذين اليسارى (ومورجانى) روى أن بنتاً مصابة بالتدرن (السل) حصل عندها تمزق فى أحد الاوردة الرئوية عقب نوبة سعال عنيفة

وروى انديرال حادثة شخص كان يتصارع مع آخر فسقط مغمياً عليـه ووجد فى التشريح تمزق فى الوريد السفلى الاجوف

وتعلمون ان دوالى الساق قد تنفجر وتدمى حتى الوفاة

ب — التجلط والسدة :أهم أسباب الموت الفجائى تجلط وانسداد الشريان الرئوى وقد تنشأ السدة عن التهاب فى دوالى الساق ويجلط الدم بها .

: — التهاب فى أوردة الفخذ والرحم ويجلط الدم بها وامتداده للوريد السفلى الأيسر

ففى كلتا الحالتين قد تنفصل جلط صغيرة وتسير مع الدورة الى أن تصل للشريان الرئوى وهناك تكون سدة . وقد تكون واحدة غير كافية لاحداث الوفاة ولـكن اذا تكررت فقد تقتل لساعتها

وقد روى بروارديل أن طبيباً عظيما توفى وكان له عديل مصاب بدوالى الساق صمم على المشى فى الجنازة واتعب نفسه كثيراً عدة أيام فى اعداد كل ما يلزم لها فأصيب فجأة بضيق فى التنفس وتكررت النوبة بعدها بيومين حيث توفى

وقد ذكر بليفر Playfair أن ١٥ من خمسة وعشرين حالة وفاة فى النفاس كانت عبارة عن تجلط فى الاوعية الرئوية وكانت أحوال سدة رئوية والاولى كلها حصلت قبل اليوم الرابع عشر والسبعة كانت بعد اليوم التاسع عشر ومن رأيه أن التجلط يحصل مبدئياً فى الاوعية الشعرية الرئوية كما يحصل فى الاوعية الرحمية

وقرر بروارديل ان من ١٥٠ حالة موت فجائى فى النساء المصابات بالتهاب وريدى عقب الوضع ١١٢ كانت فيمن سمح لهن بالحركة مبكرا فى الاسبوعين أو الثلاثة الاولى عقب التجلط اذ فى هـذا الوقت تنفصل الجلط كسدد كبيرة أما بعد ذلك فحتى لو انفصلت فتكون صغيرة ومتعددة ولا تحدث الوفاة مباشرة بل تسبب بقعاً نزيفية وسعالا نزفياً فاذا كثرت هذه البقع تؤدى للوفاة

وتشاهد هـذه الاحوال أيضاً فى الاورام الليفية والاكياس المبيضية ولذلك يجب اعتبارها كالوالدات

كذلك يحصل التجلط والانسداد فى أحوال السرطان (الثدى واللسان والرحم والبروستاتا) وفى أحوال التدرن الرئوى

وقد شوهد رجل بسرطان فى اللسان بعد أن عاد من محل التواليت يشكو بضيق فى التنفس واختناق ومات قبل أن يصله الطبيب ووجد فى التشريح سدة فى الفرع اليمينى للشريان الرئوى

وتعلمون أن التهاب الاذن المتوسطة وتنكرز العظم الصدغى يصحبهما التهاب فى الجيب الوريدى الجانبي ممـا قد يؤدى يوما ما بدون الاستشعار به لتكوين سدة رئوية قد تكون مميتة أو قد تكون سبباً فى تسمم دموى تقيحى

كذلك فى نهاية الحمى التيفودية وفى التهـابات الوجه وانى أذكر حالة شخص عنده أكزيما جلدية ملتهبة ونزلة أنفية شكا بدوخة ثم فقد بصره وتوفى والتشريح أورى التهاباً وريدياً فى سحايا المخ

حرمة أصيبت بخراج فى الثدى و بعد شقه وشفاها تقريباً جلست فى سريرها صباح يوم لضيق فى التنفس واختناق وتوفت بعـد بضع دقائق وفى التشريح ظهر وجود انسداد فى الشريان الرئوى بسبب وجود جلط دموية منتشرة فى جميع فروعه

كذلك فى الالتهابات البلوراوية

وفى السيلان الحاد عند الرجال : وقد ذكرت عدة حالات فى المـانيا وذكر بروارديل حالة عند رجل أصيب بالسيلان توفى فجأة والتشريح أورى وجود التهاب وريدى فى البروستاتا وسدة فى الشريان الرئوى

وقد شاهدت امرأة أصيبت بالسيلان الذى أدى الى التهاب الاربطة العريضة وما عدا ذلك فكانت بصحة جيدة .شكت باختناق وضيق فى التنفس وتوفيت . والتشريح أورى وجود التهاب صديدى فى الاربطة العريضة والوريد الحرقفى اليسارى الذى وجد به تجلط وأورى وجود سدة فى الشريان الرئوى هى جزء من الجلطة الموجودة فى الوريد الحرقفى اليسارى

كذا الالتهابات التى تعقب الـكسور والخلوع : قد ينشأ عنهـا الموت الفجائى بانسداد الشريان الرئوى أو حتى حصول تجلط فى القلب نفسه

وانى أذكر حالة رجل أصيب بهرش فى يده — تعفن الجرح وعمل له بتر والعملية كانت نظيفة موضعياً توفى فجأة فى خمس دقائق بعد ثمانية أيام من العملية والتشريح أورى جلطة دموية طويلة حيوية مالئة للاذين والبطين اليمينى

وتحصل هذه فى الغالب عقب اصابات الطرف السفلى وعند رد الخلوع أو الـكسور حينما يكون بالاورده تجلط وهنا قد يتهم طبيب بأنه قتل مريضاً بالبنج مع أن البنج ليس له دخل فى الوفاة

وقبل أن أنتهى من هذا الموضوع دعونى أروى لـكم هذا الحادث نقلا عن بروارديل أيضاً

رجل وزوجته طاعنان فى السن يسكنان منزلا اختفيا صباح يوم فقلق جيرانهما عليهما واخطروا ابنهما فى باريس فحضر فوجد أباه ملقى على ظهره فوق السرير وقدماه فى الارض وهو ميت و بغرفته بقايا أكل وزجاجة فارغة ووجد أمه فى أسفل السلم الموصل للكرار (الذى به النبيذ) وبجوارها شمعة

أخطرت النيابة وعملت الصفة التشريحية فوجد أن الرجل مصاب بسرطان فى البروستاتا وتجلط فى أوردته وان به سدة كبيرة فى الشريان الرئوى وأن الزوجة مصابة بكسر فى الفقرة السادسة العنقية ونزيف فى النخاع وقداستنتج بروارديل أن المرأة قامت لتأتى بزجاجة نبيذ ومعها الشمعة فانزلقت رجلها وسقطت أسفل السلم وقتلت نفسها وان الرجل سمع السقوط فاصابه الذعر وقام على قدميه يريد التوجه لها ولكنه فى الوقت عينه لذعره أو للمجهود الفجائى الذى عمله انسابت جلطة من البروستاتا وكونت سدة شريانية قتلته فى الحال

وانى أنتهز هذه الفرصة لأذكركم بأنه عند ما تشتبهون فى أن الوفاة تسببت عن سدة شريانية فلا يجب أن تعملوا الصفة التشريحية بالطريقة المعتادة لئلا تحركوا السدة من مكانها وتخفوا على أنفسكم الحقيقة بل افتحوا الصدر ثم التامور والقلب وهو فى مكانه ثم افتحوا الشرايين الكبرى وتتبعوها تهتدوا بذلك للسدة بسهولة وتجدوها وسطحها المفصول مميزة عن الجلطة التى حصلت بسببها والتى تأخذ شكل الشريان وحجمه الموجودة فيه

وننتقل الآن للكلام على الهواء فى الاوردة : — هذا الموضوع شغل غيرنا قبلنا وفى مقدمتهم الجراح بيرار ودوپوترين Berards & Dupuytren وبروارديل فقد لاحظ الاولان فى عمليات العنق أنه يحصل دخول الهواء فى الاوردة التى تكون معرضة فى العملية وتصاب ولا سيما اذا صحب ذلك مجهود من المريض فيدخل الهواء بصوت صفيرى رفيع ويموت المريض فى الحال (موتا فجائيا مؤلما)

تعلمون أن الصفاقات فى العنق تكون شكل (اطار) وأن الاوردة الودجية اذا قطعت لا تنكمش بسرعة ولذا تكون عرضة لدخول الهواء فيها الذى يختلط بالدم بشكل فقاعات هوائية ويسير فى الدورة ويكون سدادات فى الاوعية الشعرية لها تأثير السدادات المكونة من جاط دموية وتعلمون أنه قد يتواجد الهواء فى الأوعية الشعرية اذا كان الشخص يشتغل فى هواء مضغوط ويخرج منه مباشرة للجو العادى فقد شوهد كثيرون منهم ماتوا فجأة وأورى التشريح وجود سدد هوائية فى الأوعية الشعرية (عمال الكبارى والغواصين) وقد انعدمت هذه الوفيات الآن باتباع عدم زيادة الضغط الهوائى عن مثلى الضغط الجوى العادى وبعدم اخراج الاشخاص المذكورين الا تدريجياً فى هواء مختلف الضغوط حتى يصل للضغط الطبيعى

ولنقل كلمتين عن أمراض الأوعية الشعرية تعرفون ما يسمونه انيورزمات حبيبية متعددة Miliary Aneurysms

هذه الأحوال تشاهد فى المخ والنخاع الشوكى وتسبب الوفاة بالنزيف المخى أو النخاعى فاذا حصل كما يشاهد فى بعض الأحيان أن الانفجار كان متعدداً والانسكابات الدموية كبيرة أو اذا حصل الانفجار فى البصيلة فقد تكون الوفاة وقتية بخلاف المعتاد والظروف الكثيرة المتنوعة التى قد تحيط بالمصاب وقت وفاته قد تجعل تدخل النيابة ضرورياً كذلك اذا حصل المرض وهو نادر (فى أطفال أقل من خمسة عشر سنة) . ولأذكر كيف تكون مثل هذه الاحوال موضوع بحث قضائى

١ — شخص سائر بالطريق يصاب بالسكتة المخية يسقط فى الارض فيصيبه الافريز ويجرح رأسه — يوجد ملقياً على الارض وبرأسه جرح — أليس هذا سبباً كافياً لتدخل النيابة وطلب التشريح

٢ — امرأة متزوجة ليست على وفاق مع زوجها وجدت ملقاة بجوار السرير

مصابة بجرح فى جبهتها والقصرية مكسورة بجوارها وملوثة بالدم اتهم زوجها — طلبت النيابة التشريح الذى أظهر أن الوفاة تسببت عن نزيف مخى واستنتج أن النوبة أتتها فى الراجح عند قيامها للتبول فسقطت على القصرية فكسرتها وجرحت نفسها

٣ — اذا أصيب امرأة والدة بالسكتة وتوفيت قد يتهم الطبيب اذا كانت عنده أو الأهل بأنهم أسقطوها أو أعطوها أدوية أو خلافه مما سبب وفاتها

النزيف السحائى : يوجد نوع من الالتهاب السحائى يعرف Packy. Meningites يشاهد عند المدمنين على الخمر والمصابين بالزهرى والمجانين وهذا النوع من الالتهاب تتكون فيه أوعية شعرية صغيرة مركزها العنكبوتية جدرها خالية من الطبقة المتوسطة ولذلك تكون سهلة الانفجار والنزف . تصوروا شخصاً من هذا النوع مصاباً بهذا المرض يتشاجر أو يتضارب مع آخرين ثم يذهب لمنزله ويصبح أهله فيجدونه ميتاً . بالطبع يعذرون اذا نسبوا وفاته لمشاجرة الامس و بلغوا النيابة الامر . والذى يحصل فى هذه الحالة هو أنه تحت تأثير الانفعال أو صدمة صغيرة تنفجر بعض الاوعية التى قلت لكم عنها فيبدأ منها نزيف فى العنكبوتية بسيط فى الاول ثم يكبر تدريجياً الى أن يحدث الوفاة فى بضع ساعات أو أيام

السدد الشعرية : فى الغالب سدد عفنه تأتى للمصابين بجروح عفنة أو متغنغرة كقروح العجز . وقد تكون مسببة عن سدد دهنية

اضطرابات الدورة الدموية :

قد ينشأ عنها انيميا أو احتقان يكون الباعث على الموت الفجائى والامثلة على ذلك كثيرة منها

١ — بذل السوائل الكبيرة فى البطن — أو رفع الاورام الكبيرة منها وقد

ينشأ عن ذلك احتقان وامتلأ فى الاوعية البطنية اذا كان سريعاً قد يؤدى الى انيميا مخيه تسبب الاغماء فالموت

٢ — اذا وقف شخص كان مريضاً ومستلقياً على ظهره لمده طويلة يحصل له احتقان فجائى فى الساقين اللتين يشعر بهما المريض ثقيلتين قد يؤدى لانيميا سريعة فى المخ والى الوفاه

كذلك اذا مكث شخص فى حمام ساخن جداً لمدة طويلة فانه عند قيامه للخروج من الحمام قد يشعر بتأثير الانيميا المخية ويموت فجأة

ولاحظوا أن هذه الاحوال لا تترك أثراً يظهر فى الصفة التشريحية

الموت الفجائى والامراض العصبية والمخيه والسحائية

سادتى تعلمون انه يحصل الموت الفجائى فى بعض هذه الامراض العصبية والمخيه والسحائية بدون انذار مما يظهر الموت فى نظر القضاء بشكل مشتبه فيه

الالتهاب السحائى

الالتهاب السحائى latent الحاد أو المزمن . يظن لاول وهلة ان هذا المرض مع ما يحدثه من اعراض الحمى وألم الدماغ والقىء والتشنجات أو التقلصات العضلية لا يمكن ان يكون موضوع شبهة اذ يقولون كيف يتكون هذا المرض بدون استشعار أو أنذار والحقيقة ان هذا يحصل فى بعض الاحوال ولا يعرف هذا المرض الا فى الصفة التشريحية وعندى عدة أمثلة على ذلك

رجل صعيدى من العمال وجد فى حالة نزع صباح يوم وكان سهرانا مع بعض زملائه نقل الى قصر العينى حيث توفى به عقب تشخيص الحالة تسمم مشتبه بالداتوره والتشريح أورى تقيحا فى العنكبوتية ولم يشاهد بالرجل أى أثر لاصابة ولم يشكو باعراض لاحد زملائه لا قبل السهرة ولا أثناءها

وذكر نارديه Tardiea حالة شخص كان سليما الى ان شكا بتعب وضجر

فذهب لصيدلة وأخذ منهـا حقنتين توفى عقبهما بقليل — اتهـم الصيدلى بتسميمه ولـكن تارديبه وجد تقيحا فى العنكبوتيه مع طبقة سميكه من الصديد

وذكر أوليفيير Ollivier حالة رجل عامل أصيب بالمرض وهو يشتغل فوضع فى السرير وتوفى بعد أربع ساعات والتشريح أورى وجود التهاب سحائى تقيحى

وذكر فيـبر Vebert حالة عاهرة وجدت فى لوكندة فى حالة نزع نقلت للمستشفى وتوفيت به وبما أنها كانت قد دخلت اللوكاندة صحبة رجل تركها بعد ساعة فهذا بالطبع أوجد فكرة الجريمة ولـكن فيبر وجد عند التشريح طبقة من الصديد سمك واحد سنتى منتشرة فى خلايا العنكبوتية. وأرجو أن تلاحظوا انه فى جميع هذه الاحوال الاربع كان المرضى بصحة جيدة ظاهرياً يقومون باعمال طبيعية حتى قبل الوفاة بقليل ولم يشعر أحد منهم بالام أو قىء أو شلل أو تغير فى القوى العقلية

وقد أثبت تاريخ هؤلاء المرضى جميعاً انهم من المدمنين على الخمر

الالتهاب السحائى الدرنى : هذه الاحوال تأخذ سير الاحوال السابقـة فتتكون بدون استشعار المريض أو أهله وترى غالباً فى الاطفال من سن ١٢ الى سن ١٥ ويقول برواردل أن هؤلاء الاطفال تتغير أمزجتهم فجأة فيصيروان كسالى وبلداء وتصيبهم نوبات غضب ويكونوا ميالين للشجار فيؤدى ذلك غالباً الى تأديبهم بالضرب من معلميهم أو أولياء أمورهم وقد يموتون بسرعة عقب لطمة فى بضع ساعات ممـا يؤدى لتدخل البوليس واتهام المعلم أو ولى الامر بالقتل ولـكن فى التشريح يوجد تدرن سحائى يدل شكله على مضى مدة من أسبوع الى شهر فى بعض الاحيان مع انه لم يشاهد بهم اعراض المرض يمكن تشخيصه به اثناء الحياة. وقد ذكر فى مجلة اللانسيت الطبية عدد ٢٨ فبراير سنة ٨٥ حالة فى تلميذ سن ١٥ كان ضعيف البنية غير ميال لمذاكرة دروسه مما جعل أحد مدرسيه يلطمه من وقت لآخر توفى هذا الولد فجأة عقب نوبة قىء فاتهم والده

المعلم ناسباً وفاته للضرب وشهد كثير من التلامذة بذلك وفى التشريح ظهر وجود تدرن فى السحايا

الالتهاب السحائى المزمن : قليل ما تعرض لنا أحوال هذا المرض بسبب حصول الوفاة فجأة وقد شاهد هانو وجوفروى حالتين فى احدى مستشفيات المجاذيب أورى التشريح تمدداً فى الجيوب المخية مع استسقاء فيها وشاهدت من نحو شهر بمستشفى المجاذيب بالعباسية حالة امرأة مسنة دخلت وبها عدة اصابات راضه وكسور ببعض اضلاعها وكان اتهم عساكر الحرس باساءتها عند نقلها وقدتوفيت عقب دخولها المستشفى ببضعة أيام كانت فيها متهيجة وممتنعة عن الاكل والتشريح أورى وجود ضخامة فى العنكبوتية مع التصاقات مخية واستسقاء فى الجيوب المخية أما الاصابات الراضة فكانت بسيطة ولم يكن لها دخل مباشر فى احداث الوفاة

التهاب السحائى المخى الشوكى كما تعلمون يظهر بشكل وبائى وفى هذه الحالة لا يصعب تفسير بعض الوفيات السريعة غير المنتظره . ولكنه أيضاً قد يتواجد بشكل انفرادى أو يصيب شخصاً بعيداً عن مركز الوباء وقد يكون سريع السير والنهاية فيميت بعد بضع ساعات مما يجعل هناك مجالا للشك فى أسباب الوفاة وضرورة تدخل القضاء

وفى النهاية أريد أن ألفت نظركم الى انه قد يحصل التهاب سحائى تقيحى نتيجة لاصابه قد تكون تافهة ولم يلتفت لها أو مضى عليها مدة وقد يموت هذا الشخص فجأة أو بعد انذار صغير وفى بضع ساعات وفى بلد بعيد عن بلده وأنى اذكر لكم حالة مصاب أصيب فى بلدة طوخ بورم دموى فى فروة الرأس نتيجة أصابة راضة . قرر له الطبيب بضعة أيام علاج توفى فى مصر عقب بقائه بها بضع ساعات فى المستشفى فى حالة غيبوبه فى اليوم العاشر من الاصابة والتشريح اورى انحلالا فى الورم الدموى وتقيحا خفيفاً مع عتامة فى السحاق وتقيحا فى

السحايا والصديد منتشر فوق واسفل الام الجافية وكذلك أذكر لكم حالة شخص من الدلنجات أصيب بجرح رضى فى الرأس صحبه انشعار فى القبوة عولج وشفى الجرح بالقصد الاول وبعد مضى شهر من اصابته توجه الى دمنهور لقضاء حاجة له بها فشعر فجأة بدوار وتقايأ ثم أغمى عليه حيث نقل المستشفى وتوفى به بعد ١٨ ساعة وأشتبه فى وفاته بالتسمم ولكن التشريح اورى انه بينما الجرح التأم بالقصد الاول وانسجة الفروة خالية من الالتهاب يوجد شرخ صغير بالعظم فى اتجاه سير الجرح واسفله التهاب تقيحى فى السحايا مع تكون طبقة سميكه من الصديد فى اتساع الريال . وفى مثل هذه الاحوال الفت نظركم الى انه كما فى النزيف الدماغى الناشىء من اصابة يوجد النزيف خارج الام الجافية بينها و بين العظم فكذلك هنا فى التقيح الناشىء عن اصابة يغلب مشاهدة الصديد على السطح الخارجى للام الجافية أولا ثم يمتد الى الداخل للعنكبوتيه اذا عاش المصاب خراجات المخ . هذه ايضا قد تتكون الى ان تصل لحجم البيضه بدون انذار حتى قبل الوفاة ببضع ساعات

وقد ذكر برواردل حالة خادم صغير السن كان مريضاً بالتهاب حاد فى فى الاذن عولج منه بالمستشفى لمدة خمسة عشر يوماً ثم خرج تام الشفاء وفى ليلة خروجه سهر وشرب كثيراً احتفالا بشفائه ولكنه فى الصباح اثناء اشتغاله بتلميع الارض سقطا مغمياً عليه فى حالة غيبوبة ارسل من اجلها للمستشفى تحت مباشرة جلار gallard الذى لاحظ ان افرازات الاذن قد انقطعت وعمل له الاسعافات فتحسن المريض قليلا وعادله صوابه ولكنه مات فجأة فى اليوم التالى حيث وجد فى التشريح خراج فى حجم البيضه فى الفص الصدغى الوتدى هذا الخراج بدأ يتكون وهو فى المستشفى اول مره واستمر خمسة عشر يوماً ينمو بدون اى تأثير على المريض او على قواه العقلية الذى كان يقوم بجميع الاعمال الفيسيولوجية الحيوية وقد روى برواردل فى رسالة على نكروز الجزء الصخرى

لعظم الصدغ التى قرأها امام الجمعية التشريحية . ان هذه الخراجات دائماً تحصل كنتيجة لنكروز عظام الدماغ نادراً بسبب مرض زهرى وقد ذكر خمسة عشر حالة رواها اتيارد Itard . وغير مماثلة لهذه الحالة وكلها كانت ثانوية لنكروز فى العظم الصخرى الا حالة كانت نتيجة اصابة

بحثت هـذه المسألة ولـكن لم يمكن الوصول لحقيقة كيفية تكون هذه الخراجات

تعلمون أنه يفصل الأذن عن السحايا عظم رفيع جداً قد يكون مفقوداً خلقياً كذا يوجد اتصال بين الدورة الشعرية للأذن المتوسطة والسحايا وهذان الامران يفسران كيف يسهل حصول الالتهابات فى السحايا كنتيجة لالتهاب الأذن المتوسطة — أما والخراجات المخية تتكون فى النسيج الابيض و يفصل بينها و بين العظم السحايا والجوهر السنجابى للمخ Grey Matter الذى يكون سليما فليس من السهل تفسير كيفية تكونها . ولمـاذا تتكون هكذا

انما المهم أن نعرف ان الانسان قد يفقد جزءاً كبيراً من المخ ومع ذلك يعيش لمده متفاوتة بدون استشعاره بشىء وفى صحة ظاهرياً جيدة الى أن يموت فجأة . وهذا ينطبق تمـاماً على ما تعلمناه فى الفيسيولوجيا التى أثبتت امكان اتلاف اجزاء كبيرة من المخ بدون احداث اعراض مهمة اكثر من صدمة فى الاول ثم حياة طبيعية الى أن يحصل موت فجائى

أورام المخ والمخيخ : تسير سير الخراجات ولا ندهش اذا قابلتنا فى التشريح لاننا نعرف انها كثيراً ما تتكون وتنمو بدون استشعار المريض بها — هؤلاء الاشخاص قد يحصل لهم نوب قىء تنسب لاضطراب معدى أو دوار وبول سكرى وفى بعض الاحيان هيميكوريا "Hoemickorrea"

وكلها لا تلفت النظر كثيراً الى أن يسقط صاحبها ميتاً عقب مشاجرة أو بدون مشاجرة ويحدث بنفسه جرحاً فيكون فى الظاهر أثراً يدعو لتدخل القضاء

وقد ذكرت حالة عامل ضمن آخرين تناقشوا مناقشة حادة مع صاحب العمل اضطر هذا الاخير أن يزيحه من طريقه بيده فسقط ميتاً . اتهم صاحب العمل بقتله وحبس ولكن الطبيب الشرعى لم يجد أى أثر لعنف بالجثة ووجد ثلاثة أورام صغيرة بالجيب الرابع

هذا الرجل كان دائماً على حافة القبر وان كان فى الظاهر متمتعاً بصحة جيدة . وقد كان الباعث للموت فى هذه الحالة الاضطراب فى الدورة الذى حدث من المناقشة الحادة والذى أدى فى مرضه الى الوفاة

وذكر السير برود بنت Sir. w. H. Broad bent حالة رجل دخل مستشفى. سانت مارى بلندره باورام زهرية فى الكبرى والبصيلة وبعد ان تحسن قليلا خرج من سريره ليدخن بيبه Pipe حيث وجد فى الصباح متوفياً فى كرسيه

والتشريح أورى وجود ورمين صغيرين معلقين مصفرى اللون واحد فى الكوبرى والثانى فى البصيلة

ويرى ماسكا Mascha أن الاسراف فى الشرب والتعب يبعثان فى مثل هذه الاحوال على الموت الفجائى

وهذه الاورام فى الغالب درنيه . سرطانية او ليفية وقد تكون كيسية ديدانية hydatcd

وعدم الاهتمام الذى يظهره المخ بهذه الاورام يشاهد ويتأيد فى الاحوال التى يتواجد به جسم غريب . كمقذوف نارى وقد ذكر برواردل حالتين واحدة رجل عاش بحالة طبيعية مع وجود رصاصة ريفلفر قطر ١/٣ بوصة فى الفص المؤخرى وآخر عاش برصاصة فى قاعدة الفص الصدغى وكلتا الحالتين كانتا انتحار

واود ان تلاحظوا ان الاورام التى تستدعى تدخل الاطباء الشرعيين مركزها فى الغالب الكوبرى والبصيله

وهذه قد تضغط على أوردة Caien وقد تحدث ضعفاً فى الذاكرة والادراك ودوخاناً أو اضطراباً فى النظر ولكن فى الغالب لا تحدث شيئاً ولا تنبئ عن وجودها الا بالموت الفجائى وعند التشريح

والآن أذكركم بالشلل اللسانى الشفوى الحنجرى الذى يتسبب عن تلف الخلايا التى تخرج منها الأعصاب المحركة للسان والشفتين والحنجرة والتى مركزها البصيلة . والذى يشاهد فى أحوال مخية خطيرة كالنزيف وخراجات وأورام المخ . ويكون علامة سيئة وانذاراً بقرب الوفاة

هنا الوفاة تحدث فجأة نتيجة وقوف التنفس الذى قد يقف قبل القلب ببضع ساعات

وانى أذكر لكم بعض أحوال من هذا القبيل حصل فيها هذا النوع من الشلل قبل الوفاة بقليل

١ — التهاب تقيحى فى الأذن المتوسطة وخراج فى المخيخ . فى بنت سن ١٥ سنة عملت التربنة ولكن لم يعثر على الصديد — وقف التنفس فجأة عقب العملية واستمر التنفس الصناعى أربع ساعات قبل وقوف القلب

٢ — امرأة سن ٢١ بتقيح فى الاذن المتوسطة وآلام فى الدماغ نتيجة خراج فى الفص الصدغى . عملت العملية وعثر على الصديد . وقف التنفس واستمر صناعياً لمدة ساعتين قبل وقوف القلب

٣ — وقد شاهدت شخصياً الحالة الآتية :

رجل . وكيل نيابة . مصاب بتقيح فى الأذن المتوسطة والتهاب فى النتوء الحلمى Mastoid عملية للدكتور حسن جاهين بك . بعد العملية ببضع ساعات وقف التنفس واستمر صناعياً لبضع ساعات خمس أو ست لا أتذكر قبل أن يقف القلب . وللاسف لم يحصل تشريح

وأرجو أن تلاحظوا أهمية مثل هذه الاحوال وتأثيرها فى الجمهور
لانها تحصل عقب عمليات وتعلمون كيف يميل الناس لاتهام الجراح
الذى قد لا يجد من ينصفه فى الاحوال التى لا يحصل فيها التشريح

٤ — رجل سن ٤٥ بنزيف فى المخ وفوقه . عمل له تربنة . وقف التنفس
خمس ساعات قبل وقوف القلب

ويؤيد هذا الرأى فى أحوال النزيف ماكيون (M. Ewen) الذى ذكر
حالة استمر فيها التنفس الصناعى ٢٤ ساعة وكان القلب طول المدة يعمل بقوة
وقال انه فى بعض الاحوال استعاد المريض قوة التنفس الطبيعى

ويقرر السير هورسلى Sir. V. Horslay أن الموت فى أحوال النزيف
المخى والاورام المخية يكون لوقوف التنفس لا القلب . كذا الارتجاج الدماغى
لا سيما اذا كان نتيجة صدمة على المؤخرة . وانه قد يكون الموت فجائياً
وسريعاً ويقول انه فى كثير من الاحوال التى يسقط فيها المصاب من صدمة
على الدماغ ويظن أنه مات بكون التنفس قد وقف وقد يستعاد للحياة بالتنفس
الصناعى . وهذه نقطة مهمة أحب أن تعوها فى ذاكرتكم . ومن رأيى أنها
النهاية العادية لجميع الاحوال التى تكون فيها زيادة فى الضغط الدماغى لا سيما
اذا أزمن

كذا تحصل الوفاة بوقوف التنفس فى أحوال الشنق .

أمراض واصابات النخاع الشوكى

والآن أمر بسرعة على أمراض واصابات النخاع التى قد يحصل فيها
موت فجائى

داء بوت وهو عبارة عن تدرن فى الفقرات وقد لا يظهر أثره الا بألم
موضعى وعوج فى العنق اذا كان فيها . هنا حركة فجائية أو عنيفة قد يتسبب

عنها كسر فى الفقرات العنقية مما يحدث ضغطاً على النخاع يؤدى لغيبوبة وموت سريع . وقد يحصل أن ينفجر خراج ناشىء عن هذا المرض فى النخاع و يسبب الموت الفجائى .

الموت الفجائى قد يحصل نتيجة خلع فى الفقرة المحورية بسبب صدمة على العنق تحت الفك .

أمراض الاعصاب

العصب الرئوى المعدى : قد يصاب ضمن أعصاب أخرى فى أحوال التهابات الاعصاب الطرفيه Peripherl Neuritis وبذا قد يؤدى للموت الفجائى

الصرع

مسألة الموت الفجائى أثناء النوب الصرعية تهمنا جداً وقد قيل أن الموت ينشأ عن تمزق فى القلب أو عن الاختناق بمرور مواد غذائية من المعدة والمرىء للحنجرة والقصبة الهوائية أو بالاسفيكسيا نتيجة الوضع الذى قد يأخذه المريض أثناء النوبة ولكن كل هذه الاسباب غير خاصة بالمرض نفسه فالحالة الاولى يجب نسبتها لمرض فى القلب وفى الثانية والثالثة لاسباب ميكانيكية

قد يكون تقلص المزمار الذى يحصل مع حالة التقلص العام هو السبب فى الموت الفجائى أثناء النوبة فى بعض الأحيان كما قد يكون الشلل الفجائى الذى يحصل فى مراكز التنفس سبباً فى الموت الفجائى . وقد كانت هذه تعاليم الدكتور هلتن فاج وهى فى الحقيقة أحسن تفسير للوفيات الفجائية التى تشاهد فى أحوال الصرع المزمنة للذين يوجدون موتى فى أسرتهم أثناء النوم والذين لم يوجد بهم ما يدل على حصول تشنجات أو اختناق عارضى . ولا أخالكم الا سائلين عن العلامات التشريحية التى تشاهد فى أحوال الوفاة بالصرع . بعد

النوبة نجد أن العنق والاكتاف بهما أنزفة نقطية كأثر البرغوث . والملتحمتين محتقنتين واللسان معضوض . فى موضع أو جملة مواضع والشعب ممتلئة بزبد رغوى . هذه هى العلامات التى نشاهدها اذا مات شخص أثناء النوبة وهى بعينهـا العلامات التى تشاهد فى أحوال الخنق أو كتم النفس بواسطة أقمشة لينة كمنديل أو غطاء رقبة (كوفيه)

وانى أذكر لـكم حادثة رواها برواردل عن غلام وجدت جثته تحت أكياس مكومة فى أحد أرصـفة باريس وكانت به العلامات التى وصفتها لـكم وأثر خفيف غير واضح حول الرقبـة وكان المحقق على وشك حفظ القضية لولا أن بروادل أعطى رأيه بأن الحادثة خنق وقد تبين فيما بعد أن الغلام كان يلعب مع زملائه ولابساً شالاحول عنقه ومدلياً طرفيه من فوق أكتافه من الخلف فجذب زملاؤه طرفى الشال حتى اختنق ولم يقصدوا الا اللعب والمزاح ولـكنهم تبينوا أنه مات فخافوا العاقبة وأخفوا جثته تحت كومة أكياس .

واذا حصلت الوفاة أثنـاء التشنج فى نوبة عصبية طويلة أو فى عدة نوب متعاقبة فقد يبقى التقلص العضلى ببعض الاطراف والاصابع مستمراً بعد الوفاة حتى حلول التيبس الرمى . وقد يكون هذا دليلا على نوع الوفاة

قد تسألونى وما شأن القضاء فى مثل هذه الاحوال فأجيبكم بأن الحوادث والظروف التى تحيط بوفاة المصروع قد تكون هى السبب فى ذلك . فقد يسقط المصروع أثناء النوبة فى النار فيحترق أو فى ماء فيغرق أو على الارض فيجرح فاذا مات أثناء النوبة فقد توجه تهمة لغيره بأنه قتله

هذه الاحوال معروفة للجناة الذين ينتفعون بها فى بعض الاحيان فيغرقون شخصاً أو يلقونه فى النار ويدعون انه انما سقط فى النار أو الماء أثناء نوبة وتعرفون بالطبع الصعوبة التى قد تنشأ فى مثل هذه الاحوال التى تضطرنا كثيراً لاستقصاء صحة الادعاء من أن الشخص كان مصاباً بالصرع

والآن أذكر لكم حادثة شاهدتها قريباً من نحو ثلاثة شهور وهى أن شخصاً بجهة دمنهور معروف عنه أنه مصاب بالصرع وجد صباح يوم فى غيط بجوار قناة ماء مكفياً على وجهه وأنفه وفمه ملوثان (بالطين) بالتراب الذى وجد داخل الفم لكن لم يوجد منه شىء داخل الحنجرة أو الشعب وليس به أثر لاصابات سوى سحج صغير على احدى يديه والعلامات الداخلية علامات اسفيكسيا وعلى عنقه شال عمامة ملفوف لفاً خفيفاً .

اتهم أقاربه بعض جيرانه فى الغيط بقتله وقرر جيرانه المتهمون وآخرون بأن المتوفى تعتريه نوبات صرعية توقعه فى الارض وتفقده الشعور مدداً متفاوتة وقد اعترفت بذلك والدته وزوجته التى قررت أنه فى بعض الاحيان يعض لسانه ويبول على نفسه .

كان من ذلك أنه ثبت طبعاً أن المتوفى كانت تعتريه نوب صرعية حقيقية ولكن لم يكن لدينا دليل كاف على أن وفاته كانت مسببة عن مثل تلك النوبة لا سيما ولم يمكن لأحد أن يفسر وجود شال العمامة على رقبته وثبت من التحقيق أنه ليس له .

والعلامات التى شوهدت ليست خاصة بالصرع بل تشاهد فى أحوال الخنق وكتم النفس ولو وجدنا اثرعض باللسان ومواد ترابية بالحنجرة والقصبة لكان تفسير الحالة بأنها وفاة بالاسفكسيا استنشاق أتربة واختناق أثناء نوبة صرعية اسهل . وعلى ذلك فكان رأينا احتمال حصول الوفاة أثناء نوبة صرعية ولكنى قلت بأنى لا أنفى حصول جناية الخنق ما دام لم يثبت سبب وجود الشال حول عنقه .

<u>الهستيريا</u> : يندر أن تسبب الوفاة وانى شخصياً لا أصدق أن مريضة بالهستيريا توفيت بهذا المرض ولكن موليير ذكر حالة موت فجائى أثناء نوبة هستيريا ولم يثبت التشريح وجود أى شىء آخر يمكن نسبة الوفاة اليه

وروى وير متشل ثلاث حوادث وهى سيدة سبق أن حصل لها فى الساقين شلل هستيرى قال عنها متشل أنها كانت كمن أصيب فجأة بشلل فى العصب الرئوى المعدى ولكن هذه لم يحصل فيها تشريح . وعن الحالتين الآخريين أن سبب الوفاة هو احتقان فى الكلى .

ولا بأس هنا من أن أذكر لكم حادثة وفاة أثناء التنويم المغناطيسى أنقلها التيمس — اذ لغرابتها ذكرت فى الجرائد اليومية — البشر لويد وهى رواية طبيب شاهد عيان .

سيدة سبق لها أن نومت عدة مرات قبلت أن تنام تنويماً مغناطيسياً فى منزلها بحضور كثير من أصحابها وصويحباتها وكان الغرض من تنويمها أن تسأل عن حالة أخ المنوم الصحية الذى كان مريضاً فى بلد بعيد . واختلف الاطباء فى تشخيص حالته .

فبعد عشر دقائق قالت أنا نمت وتهيجت قليلا فسألها المنوم أن تذهب وترى أخوها المريض وترى المرض الذى هو مريض به . والعلاج الذى يجب أن يعالج به . فأعطت السيدة بالتفصيل بياناً فنيا مطولا عن حالة الرئتين ومرضهما وقالت ان انذار المرض سيئ للغاية .

و بعد أن وصفت كيف يموت المريض صرخت صرخة كبيرة ووقعت الى الخلف مغشياً عليها ولم يمكن افاقتها حيث وقف القلب بعد ثمان دقائق .

عملت الصفة التشريحية ولم يشاهد شيء جوهرى والتشخيص كان ارتجاجا فى المخ .

العلاج الاجهاضي للسيلان وأهميته

محاضرة

ألقاها الدكتور على عطيه نجم على الجمعية الطبية المصرية باسكندرية
في جلستها العلمية الثالثة عشر

موضوع المحاضرة : العلاج الاجهاضى للسيلان وأهميته

لاجل أن تتجسم لديكم هذه الاهمية أرى من المناسب أن أذكر لكم شيئاً عما تسببه الاصابة من التغييرات فى الانسجة لتتبينوا الوقت المناسب للعلاج

السيلان مرض معد يظهر غالباً فى الجهاز البولى التناسلى ويتسبب عنه ميكروب مخصوص اكتشفه العلامة نايسر Neisser سنة ١٨٧٩

والسيلان بلاء يصيب العالم والانسانية لم تقرره الناس حتى الآن التقدير الواجب ولم تحذره كما تحذر الزهرى لما فهمته عن رزايا الزهرى ولم تفهمه بعد عن بلايا السيلان ولو أدركوا لفزعوا من السيلان الفزع الاكبر اذ انه أعم انتشاراً من الزهرى ولا يقتصر انتشاره على فئة مخصوصة كفئة العاهرات مثلا كما قد يظن البعض بل يعم جميع الطبقات عاليها وسافلها غنيها وفقيرها لا فرق فى ذلك بين متزوج أو أعزب حتى قدره نيجوراث Nœggerath بين المتزوجين فى نيويورك بنسبة ٨٠ ٪ مصابين أو أصيبوا بالسيلان وان ٩٠ ٪ من هؤلاء لم يشفوا شفاء تاماً واستنتج من ذلك ان أغلب المتزوجات بنيويورك مصابات بالسيلان ووجد فون شايك Von Schaick فى ابحاثه ان ميكروب السيلان موجود بنسبة ٢٦٪ فى المتزوجات المصابات بالرشح الابيض المهبلى فضلا عن ذلك فليس السيلان أقل فى نتائجه الخطرة من الزهرى

يخطىء من يستخف بالسيلان باعتباره اياه مرضاً سليم النتائج اذ هو

فى الحقيقة مرض خبيث يجوز الموت منه ومما يؤسف له العامة و بعض نفس المشتغلين بالطب يعتبرون نقطة الصباح أو « النقطة العسكرية » امراً سهلا ولا يعبأون بوجود خيوط فى البول . على ان الحال غير ذلك والامر خطير فان هذه الخيوط وهذه النقطة تحوى ميكروب السيلان ولو أنه فى حالة كامنة ويمتع حامله بمناعة ظاهرية الا انه يكفى لحامله ان يطيل جماعه او يكثر شرابه و يزيد اجهاده أو يأتيها حائضة فيكون ذلك كافياً للعدوى والامثلة على ذلك كثيرة . والسيلان بلاء يصيب الرجال و يصيب النساء والاطفال يصيب العائلة و يصيب الانسانية فمن هذه الوجهة يجب اعتباره فى الخبث كالزهرى

فأما الرجل فهو منبع تلف له فمن ضيق ونتوء فى مجرى البول Stenose & Stucture وما يتبع ذلك الى التهاب البربخ والخصية المزدوج وماآله العقم ومن التهاب البروستاتا وما يترتب عليه من انحباس بولى الى التهاب مثانى وكلوى

وأما المرأة فمن التهاب مثانى الى التهاب الجهاز البولى ومن التهاب رحمى بوقى مبيضى الى العقم الابدى ومن التهاب بريتونى حوضى والتهاب محيط الرحم الى عمليات لا آخر لها

وأما فى الاطفال فكثيراً ما يسبب رمداً صديدياً و يصيب البنات بالتهاب أعضاء التناسل الخارجية . ضف على هذا الالتهابات العمومية وما تحدثه من المضاعفات فى القلب والنخاع الشوكى والبريتون والعظام والمفاصل وغير ذلك لان ميكروب السيلان لا يقتصر على موضع الاصابة الاصلية بل كثيراً وأكثر مما يظن ما يتخطى الى الدورة الدموية فيحدث الوفاة باصابة القلب أو تسمم دموى عام .

اكثر الخطر يأتى من أن المصاب لا يشعر بالمرض الا عند ما يشعر بالالم فى الايام الاولى حتى اذا انتهى الالم ظن خطأ ان المرض قد زال فيفرح و ينشرح لانتهاء هذا الحادث البسيط فى نظره (زنقة وخفت) فيتقدم جاهلا أو مهملا

أو مجرماً خطيباً ثم زوجا حيث يكافىء عروسه على طهرها وعفتها بسم يدسه لها فيدنسها أو يقتلها أو يحرمها من أهم أعضاء خلقها الله لها للقيام بوظيفتها فى الحياة الدنيا وقد وصف العلامة جوليان Julliens هذه الحالات بقوله تكون النتيجة على العموم حالات مرضية ذات شكل عنيد يصعب جداً شفاؤها وتصاب أعضاء التناسل العضو تلو العضو حتى تعم البلوى وتبتلى الصحة العمومية فتبلد وظائف الجسم وتصبح المسكينة عليلة سقيمة تلازم الفراش أسابيعاً بسبب اجهاد بسيط أو اختلاف فى الغذاء أو سير قليل أما البيت فلا سعادة ولا بنون ولا يعلم الا الله كم يدوم الحال على هذا المنوال »

ان ميكروب السيلان يمكن أن يعيش مدداً طويلة فى حالة غيبوبة Latent حتى اذا تهيأت له الفرصة جدد المرض واستجد العذاب وقد ذكر الأستاذ ريكورد Ricord انه مكث يعالج مصاباً أربعين سنة وذكر الاستاذ ديزرمو Desormeaux انه شاهد مريضاً سنة ١٨٦٣ وكان ضابطاً ابتدأ مرضه سنة ١٨١٣ وذكر الدكتور ليس Lays انه شاهد شيخين تجدد المرض عند أحدهما بعد أربعين سنة وعند الثانى بعد خمس وخمسين سنة

هذا قليل من كثير من نكبات هذا المرض وأخطاره فواجب علينا معشر الاطباء أن نبين بأجلى بيان هذه الاخطار الى الجمهور حتى يتنبه الى هذه النتائج الخطرة فيأخذ حذره وواجب مقدس علينا أن لا نترك مريضاً حتى يشفى شفاء تاماً وواجب أقدس على المعرض للاصابة ان يبادر فى أول لحظة اذا ما داخله الشك باستشارة الطبيب فربما كانت هذه الاستشارة منجية له من هذا المرض الخبيث باجهاضه فى حينه

وقد لخص العلامة جوليان Jalliens واجباتنا بقوله

« يجب أن تنتهى هذه الحالة المثيرة يجب علينا نحن معشر الأطباء أن نعلن حرباً ضروساً على ذلك العدو الكامن الذى يفوق الزهرى مئات المرات

فى شروره . يجب أن نعترف أننا لم نقم بعـد بوظيفة تنوير الشباب وتفتيق أذهانه من خاصة وعامة الى أخطار السيلان ونتائجه يجب علينا بما أننا أعلم الناس بالمرض وبأنه يسمم الحياة الزوجية ويكدر صفو الراحة والهناء أن ندل عليه ونعلم الطرق التى بها يعرف . يجب أن نمنع المصابين به من الزواج بأى حال بالاستعانة بشرفهم فان لم يكن فبقوة اقناعهم فان لم يكن فبالرجوع الى مصلحتهم يجب قبل كل شيء أن نعرف كيف نشفيهم . اذا فعلنا ذلك جلبنا السـعادة الشخصية وحفظنا كيان الامة »

أنتقل الآن الى ذكر التغييرات التى تحصل فى الأنسجة عند حدوث العدوى ولـكى يسهل فهمها سأشبهها بما يحدث عادة فى موقعة حربية

اذا تمـكن ميكروب السيلان من ولوج فتحة مجرى البول احتل الجـزء الذى نزل عليه من الغشاء المخاطى وبدأ ينمو ويتوالد وقتاً ما فوق سطح طبقة الخلايا حتى اذا تقوى واستعد استعداداً كافياً هجم وتقدم الى طبقة الخلايا التى تعد المخافر الامامية من خطوط الدفاع . فان كانت هذه الخلايا من الشـكل الاسطوانى Cylindrical Epethelium كما يكون الحال فى الاصابة البكر سهل على العدو اختراق صفوفها فى نقطها الضعيفة الواقعة بين الخلايا Inter cellular Spaces فتلقى سلاحها ويقتلع كثيرا منها من مكانه أما ان كانت الخلايا من النوع البلاطى (Flat Pavement Epithelium) كما يكون الحال بعـد الاصابة الاولى فان المقاومة تكون أشد وأقوى وهذه حقيقة أثبتها الاستاذ فنجر Finger اذ أن الثانية أقوى فى الدفاع من الاولى ويؤيد ذلك مايشاهده ممارسو هذا الفن من أن نجاح العلاج الاجهاضى فى الاصابات المتكررة يكون اكثر منه فى الاصابات البكر وهذا راجع الى اختلاف نوع الخلايا فى كل منهما كما قدمنا

ويحتاج ميكروب السيلان لدخوله ونموه واستعداده لنحو ست وثلاثين

ساعة على المتوسط وهذا ما يسمى زمن التفريخ أو الحضانة وهو أحسن وقت وأعظم فرصة للعلاج الاجهاضى اذا أمكن عمله فيه

بعد ذلك يبتدئ هجوم الميكروبات حتى اذا اخترقت طبقة الخلايا استمرت فى الهجوم حتى تصل الى طبقة النسيج الخلوى Subepithelial Connectivetissue وهنا تكون قد وصلت الى ساحة الحرب

فى أثناء تقدم العدو يكون الجسم قد ابتدأ فى التعبئة العامة لمقاومة الهاجمين والدفاع عن نفسه من المغيرين عليه و بين هذا وذاك تحصل تفاعلات شديدة فى الانسجة وتزدحم ساحة القتال بجحافل الجيوش من خلايا الدم البيضاء Leucocytes التى تنقل بسرعة الى الميدان بواسطة الاوعية الشعرية التى تتسع بنفسها وتفرغ مشحونها فى الساحة فيتقابل الجيشان ويحمى بينهما وطيس القتال فتهم الميكروبات بكثرة عددها وتقابلها الخلايا البيضاء بابتلاع عدد كبير منها ولكنها تموت أثناء الدفاع وتنقل من الساحة الى خارجها مادة من طبقة الخلايا الى المجرى البولى حتى اذا ما وصلت الرسالة الاولى عند الصماخ Meatus ظهرت بشكل صديدى ويحتاج ذلك لمدة ست وثلاثين ساعة أخرى أى ان المدة من ابتداء العدوى حتى ظهور الصديد تقدر بمائتين وسبعين ساعة فى غالب الاحيان

وكما يحصل التخريب فى مناطق الحرب العالمية كذلك يحصل هنا فى ساحة الغشاء المخاطى ويقع اكثر التالف على طبقة الخلايا فان دخول جيوش العدو منها وخروج الموتى مدة يسبب فيها عطباً كبيراً فتستحيل الى مادة مخاطية ثم تتساقط وتصبح فى مواضع كثيرة أثراً بعد عين تاركة الغشاء عارياً

تكون نتيجة تلك التغييرات أو بمعنى آخر تلك الالتهابات أن تحتل خلايا جنينية الغشاء المخاطى فى الطبقة السطحية منه وتمتد الى طبقة النسيج الخلوى فيصبح الغشاء اكثر خشونة واحتقاناً وأقل مطاطاً ويجوز أن يمتد الاحتلال

الى الجسمين الكهفيين للقضيب Corpora Cavernosa فتتضخم وترشح أنسجتها ثم يأتى بعد ذلك سلسلة التهابات فى الاوردة والاوعية الشعرية داخلها وفى جوارها وفى الغدد الليمفاوية ثم يمتد الالتهاب فيصيب غدد ليتر وفتحات مورجانيس Littrés glands & Morgagnés Lacunce فتمتلئ الغدد من الداخل بالخلايا البيضاء وتتواجد الميكروبات داخل الخلايا الموجودة على سطح الغشاء المبطن لاقنيتها وينتهى الالتهاب فى هذه الغدد اما بالامتصاص أو بالتحجر فالدمورة أو بسد القناة والتحول الى أكياس وهذه هى كيفية انتشار المرض فى حالته الحادة بالتعمق أما انتشاره بالامتداد فيبتدئ من الحفرة الزورقية Fossa Navicularis ويمتد الالتهاب السيلانى الى الخلف ويختلف حسب قوة الاصابة وشدة المقاومة وكيفية العلاج

أرغب من المناسب أيضاً أن اذكر الاعراض الاولى التى توجد عند من يتعرض للاصابة فى ابتداء هجوم المرض وبيانها كالآتى :

أولا حكة خفيفة وورم بسيط جداً فى الصماخ مع تلاصق فى شفتيه

ثانياً ظهور نقطة لزجة عند الصماخ اذا عصر القضيب ولم يكن المريض قد تبول مدة من الزمن

ثالثاً وجود ميكروب السيلان فى هذه النقطة

رابعاً يكون التبول غير مؤلم ويكون البول صافياً ولو انه يحتوى على معلقات خفيفة

هذه هى العلامات الأولية التى تتواجد بين اليوم الثانى واليوم الخامس من جماع مشكوك فيه وهو الزمن الذى يمكن أن يؤمل نجاح العلاج الاجهاضى فى أثنائه وكلما كان العلاج الاجهاضى مبكراً كان الامل كبيراً فى النجاح

أنتقل الآن الى ذكر الطرق المستعملة فى العلاج الاجهاضى وحضراتكم اكثر استعداداً لتقدير أهميته وتطبيقه فى الوقت المناسب

ربما يتبادر الى أذهان حضراتكم ان العلاج الاجهاضى معناه اجهاض المرض وعدم ظهوره بتاتاً ولكن ذلك لا يتأتى الا اذا طبق العلاج فى زمن التفريخ بان يسلم المريض نفسه لطبيبه مباشرة بعد جماع مشكوك فيه ولكن حيث ان ذلك لا يتأتى فى كل الاحوال أصبح ما يقصد بالعلاج الاجهاضى قصر مدة المرض على أسبوع او اسبوعين بالاكثر بدون حدوث مضاعفات و بقائه محدوداً ومقتصراً على الجزء الامامى من مجرى البول وهذا هو رأى كبار المشتغلين بالموضوع من العلماء

وللعلاج الاجهاضى طرق كثيرة

الطريقة الاولى : استعمال الحقن فى الجزء الامامى من مجرى البول بكميات تختلف من ٨ — ١٥ سنتيمتر مكعب من التراكيب الآتية

١ . نترات الفضة

استعملها Debeney سنة١٨٤٣ بنسبة ٢ —٣٪ حقناً مرة أو مرتين فى اليوم

واستعملها Diday بنسبة ١ — ٥ ٪

واستعملها deior بنسبة ٣ — ٤ ٪ حقناً مرتين أو ثلاث مرات فى اليوم

واستعملها Deleforse بنسبة ٢ ٪ بطريقة التقطير مبتدئاً من البصلة (Bulb) كل يوم مرة ويكررها ٥ مرات فاذا لم ينجح تركها

واستعملها Engellreth الدانيماركى بنسبة ٢/١ ٢ — ٥ ٪ بطريقة غسيل الجزء الامامى (الغسيل الجزئى) Petit lavage بحيث يكرر الغسيل أربع دفعات الدفعة الاولى عند حضور المريض الدفعة الثانية بعدها ب ٦ — ١٢ ساعة والدفعة الثالثة والرابعة بعد ذلك ب ١٠ — ١٢ ساعة بحيث تنتهى الاربع دفعات فى ٤٨ ساعة ولكن يجب ملاحظة ان هذه الطريقة لا تستعمل الا قبل أن يحدث أى التهاب فى مجرى البول وعند ما يكون البول لا يزال صافياً

واستعملها كثيرون غير من ذكروا فى بلاد مختلفة ولكن استعمال هذه

الماده قد بطل الآن نظراً لشدة الالم الناتج عنها مع التهيج العظيم الذى تحدثه فى مجرى البول مما يمكن أن يؤدى الى مضاعفات خطيرة كالتهاب البروستاتا أو المثانة او انحباس البول

٢ . ال بروتاجول — Protargol or Proteinate of Silver ويحتوى على ٨ ٪ من الفضة

استعمله Bettmann محلولا فى الجلسرين بنسبة ١٠ ٪ وطريقته أن يمس به الغشاء المخاطى بآلة خاصة لا يمكن المريض استخدامها

واستعمله Ahlstrom بنسبة ٢—٤ ٪ حقناً فى اليوم مرتين فى الخمسة أيام الاولى ثم بنسبة ١ — ٢ ٪ مرتين فى اليوم فى الثلاثة أيام التالية مع حبس المحلول داخل المجرى نحو ١٠ دقائق فى كل مرة

واستعمله Bruhus بالطريقة الآتية يحقن فى المجرى الامامى مرة واحدة فى اليوم لمدة خمسة ايام بمحلول يبتدىء بنسبة ٣ ٪ ثم ٤ ٪ ويحبس مدة ١٠ دقائق كل دفعة وفى الوقت نفسه يحقن المجرى ثلاثا يومياً بنسبة ½ ٪ ويستمر فى عمل هذه الحقن الاخيرة فى الثلاثة أيام التالية

واستعله Neisser حقناً ثلاثاً يومياً بنسبة ¼ ٪ ثم ½ ٪ ثم ١ ٪ مع حبس الحقنتين الاولتين لمدة ٥ دقائق والحقنة الاخيرة لمدة ٣٠ دقيقة

واستعمله Balzer بنسبة ¼ ٪ حقناً أربع مرات فى اليوم مع حبسه ٥ دقائق

٣. ال أرجيرول Argyrol orAlbuminate of Silver ويحتوى على ٣٠ ٪ من الفضة

استعمله Da Sard و Minet بنسبة ١٠ — ٢٠ ٪ حقناً صباحاً ومساء وفى الوقت عينه يحقن المريض نفسه بنسبة ٤ ٪ ثلاثاً يومياً

واستعمله Heitz-Bayer بنسبة ٢٠ ٪ حقناً ثلاثاً يومياً فى الثلاثة أيام

الاولى ومرتين يومياً فى اليومين الرابع والخامس ومرة يومياً فى الايام التالية مع حبسه كل مرة ٥ دقائق

واستعمله Janet بنسبة ٢ ½ ٪ لعمل غسيل جزئى ثم بنسبة ٢٠ ٪ لعمل حقنة مرتين فى اليوم فى الثلاثة أيام الاولى و بعدها تنقص النسبة الى ١٠ ٪ ثم الى ٥ ٪ مع حبسه كل مرة ٥ دقائق واستعمله كثيرون آخرون

والارجيرول مفيد ويأتى بنتائج طيبة كما أنه ليس مهيجاً ولكن يعيبه صبغة الملابس بلونه

٤ . الارجونين Argonin or Silver Nitrate Caseine Co ويحتوى على ٤ ٪ من الفضة

وقد استعمله Follen Cabot فى نيويورك فى ال ٤٨ ساعة الأولى وطريقته كالآتى — يغسل مجرى البول بالماء الساخن — تدخل قسطرة ناعمة فى الجزء الامامى — يوصل بها محقن يحوى محلولا بنسبة ١٠ ٪ وتعمل الحقنة ثم تسحب القسطرة و يحبس المحلول نحو ٥ دقائق ثم يدخل عود ملفوف عليه قطن مغموس فى نفس المحلول و يكون دخوله سهلا نظراً لامتلاء المجرى ثم يترك المحلول ليخرج فينطبق المجرى على العود الملفوف فيحصل بينهما تماس ثم يسحب العود تدريجياً وبذلك يمس العود جميع أجزاء الغشاء المخاطى وتكرر هذه العملية مرتين فى اليوم وتزاد قوة المحلول تدريجياً حتى تصل الى نسبة ٣٠ ٪ مع ملاحظة أن يكون المحلول حديث التحضير لانه سريع التلف و يقول الدكتور Cabot أنه حصل على نتائج مرضية بهذه الطريقة

٥ . ال البارجين Albargine or Silver Gelatose Co و يحتوى على ١٥ ٪ من الفضة

استعمله wossidlow بمحلول $\frac{١}{٣٠٠٠}$ يحقن المريض به نفسه ٦ مرات فى فى اليوم مع حبسه كل مرة خمس دقائق

واستعمله Balzer بنسبة ½ — ١ — ٢ ٪

واستعمله Koll بشيكاجو حقناً ٤ مرات فى اليوم الاول منها مرتين بنسبة ٢ ٪ ومرتين بنسبة ١ ٪ ثم ثلاث مرات فى اليوم فى الايام التالية مرة بنسبة ٢ ٪ ومرتين بنسبة ١ ٪

هذه هى أهم المركبات المستعملة حقناً وسأعود لذكر أفضلها عند التلخيص النهائى .

الطريقة الثانية . ختم الصماخ Sealing of Meatus

وهى عباره عن ملاء مجرى البول الامامى بمحلول فضى غالباً يستبقى فيه لمدة ٣ — ٤ ساعات متتاليـة بختم الصماخ بمحلول الـكلوديون Collodion ثم فكه بعد ذلك باذابة الـكلوديو ن بالخلون Acetone

وأول من استعمل هذه الطريقة الاستاذ Ballenger حيث استعمل محلول الارجيرول Argyrol بنسبة ٥ ٪ مع حبسه ٤ ساعات يومياً لمدة ٥ أيام وأخذها عنه الدكتور Mac Donagh

فاستبدل الارجيرول بمقدار ٢٠ نقطة من محلول فضى ذرى

الطريقة الثالثة : استعمال الغسيل الـكامل Grand Lavage

القصد من استعماله ايجاد وسط غير مناسب لنمو ميكروب السيلان وأرض غير صالحة له وأهم الأدوية المستعملة فى عمله هو محلول برمنجنات البوتاسيوم وأهم الطرق المستعملة طريقة ganét وهى كالآتى :

	الساعه ٨ صباحاً	الظهر	الساعة ٩ مساء
اليوم الاول	—	غسيل جزئى ١/١٠٠٠	غسيل جزئى ١/١٠٠٠
« الثانى	غسيل جزئى ١/٣٠٠٠	—	« « ١/٤٠٠٠
« الثالث	غسيل كامل ١/٢٠٠٠	—	غسيل كامل ١/٤٠٠٠

	الساعة ٨ صباحاً	الظهر	الساعة ٩ مساء
اليوم الرابع	—	غسيل كامل $\frac{1}{2000}$	—
« الخامس	غسيل كامل $\frac{1}{2000}$	—	غسيل كامل $\frac{1}{2000}$
« السادس	—	غسيل كامل $\frac{1}{2000}$	—
« السابع	—	غسيل كامل $\frac{1}{1000}$	—
« الثامن	—	غسيل كامل $\frac{1}{1000}$	—
« التاسع	—	غسيل كامل $\frac{1}{1000}$	—
« العاشر	غسيل جزئى $\frac{1}{1000}$	غسيل كامل $\frac{1}{1000}$	—

ويجب أن يبدأ بهذه الطريقة فى الثمانى والاربعين ساعة الاولى قبل أن يحدث أى احمرار أو انتفاخ فى الصماخ أو ألم عند التبول أو تكدير فى البول على هذه الشروط تعود هذه الطريقة بنتائج طيبة وقد امتدحها الدكتور Luys ولكنها كما ترون شديدة ومملة ومتعبة للطبيب والمريض معاً فضلا عن انها قد تؤدى أحياناً الى امتداد الالتهاب للمجرى الخلفى والبروستاتا والبربخ وأنا شخصياً لا أنصح باستعمالها

الطريقة الرابعة : وهى تشمل الجمع بين الغسيل بمحلول البرنجنات والحقن بمركب فضى وأهمها طريقة Bayer وتستعمل فى الثمانى والاربعين ساعة الاولى بعد ظهور الصديد وهى : يحقن المريض الساعة ٧ صباحاً بالمركب الآتى

خذ كلارجول Collergol	١,٥ جم	
جلسرين نقى	ر ٣٠ جم	
ماء مقطر	ر ١٥٠	ويحبس نحو ٥ دقائق

وفى الساعة ١٢ ظهراً يعمل غسيل جزئى بمحلول البرمنجنات $\frac{1}{2000}$ وتحبس آخر كمية منه نحو ٥ دقائق فى المجرى ثم تكرر حقنة الكلارجول الساعة ٢ بعد الظهر ويكرر الغسيل الجزئى بالبرمنجنات الساعة ٧ مساء وهكذا لمدة ثلاثة أيام

وطريقة Col. Harrison وهى عمل الغسيل الكامل بمحلول البرمنجنات ١/٣٠٠٠ مرتين فى اليوم يتبعه مباشرة عمل حقنة Protargol ٢٪ تحبس ٢٠ دقيقة لمدة ٤ أيام ثم يعمل الغسيل مرة فى اليوم فقط بعد ذلك

الطريقة الخامسة : وتشمل الجمع بين الغسيل بالبرمنجنات وختم الصماخ على مركب فضى وأهمها طريقة Bayley وهى اليوم الاول يستبقى ٢ سنتيمتر مكعب من مركب فضى ذرى Collosal argentum لمدة ٣ ساعات مرتين فى اليوم

اليوم الثانى والثالث والرابع — يعمل غسيل جزئى بالبرمنجنات ١/٣٠٠٠ فى الصباح ويختم الصماخ على المركب الفضى الذرى فى المساء وفى الخمسة أيام التالية يعطى المريض محلول برمنجنات ١/٤٠٠٠ ويطلب منه عمل غسيل جزئى صباحاً ومساء ويعود المريض فى اليوم العاشر لعمل الفحص البكتريولوجى بعد أن يكون قد أوقف العلاج يوماً كاملا وحبس بوله لمدة أربع ساعات فاذا كانت النتيجة سلبية يسمح للمريض بتناول قليل من المشروبات الكؤولية مع توقيف العلاج توقيفاً تاماً ويطلب منه التردد على الطبيب مرة فى كل يومين لاعادة الفحص البكتريولوجى لمدة أسبوع فاذا ظلت النتيجة سلبية عد العلاج ناجحاً والمريض قد شفى

الطريقة السادسة : تضميد مجرى البول

استعملها Boureaus وتفصيلها كالآتى

يكسى عود رفيع بقطعة من القطن أو الشاش مغموسة فى مرهم السليمانى ١/٢٠٠٠ ومربوط بها خيط رفيع ثم تزج هذه القطنة بواسطة العود فى مجرى البول ويسحب العود وتستبقى القطنة فى المجرى لمدة تتراوح من ٣ — ٧ ساعات حتى اذا ما تبول المريض غمرها ببوله فيسهل استخراجها بواسطة الخيط المربوط فيها وتكرر هذه العملية مرتين فى اليوم مع عمل غسيل جزئى ويمكن

الحصول على نتيجة مرضية فى حالة النجاح فى مدة ٨ أيام ولكن هذه الطريقة عنيفة ولا تأتى بالفائدة المرجوة

الطريقة السابعة : كنس أو تقشير مجرى البول

Ecouvillonage du Caval

استعمل هذه الطريقة Huguet سنة ١٨٩٩ بأن يبتدأ بتخدير مجرى البول بمحلول الكوكايين $\frac{١}{١٠٠}$ ثم تدخل فيه فرشة ناعمة جداً لتقشير الخلايا العادمة أو كنسها من طبقة الغشاء المخاطى السطحية حتى يمكن لمحلول يحقن فى المجرى بعد ذلك أن يصل الى خبايا الغشاء المخاطى حيث تختبئ الميكروبات فيقتلها وكان يستعمل محلول سليمانى بنسبة $\frac{١}{١٠٫٠٠٠}$

واستعملها Guiard بحقن المجرى بمحلول برمنجنات $\frac{١}{١٠٠٠}$ ولكن هذه الطريقة غير مستحسنة لانها متلفة وتسبب نزيفاً غزيراً

الطريقة الثامنة : طريقة الذر أو التسفيف

كذر بعض المساحيق مثل البزموت والزيبق الحلو وحامض البوريك بواسطة منفاخ مخصوص على الغشاء المخاطى ولكنها عديمة الفائدة

الطريقة التاسعة : استعمال عيدان Bougies قوامها جلسرين متجمد أو زبدة الكاكاو وروحها بعض العقاقير ولكنها لا تفيد الفائدة المرجوة

هذه يا حضرات الزملاء هى جميع الطرق المستعملة والآن فلنبحث فى أفضل الطرق والاوقات لتطبيق العلاج الاجهاضى وبهذه المناسبة نقسم الزمن من انتهاء الجماع الى اليوم الثالث من ظهور الصديد وهو اليوم الذى يفقد بعده كل أمل لنجاح العلاج الى المراحل الآتية . وقبل البدء فى أى علاج يطلب من المريض أن يبول ثم تغسل جميع أعضاء التناسل الخارجية بالماء والصابون جيداً وتغسل التمرة بالكؤول أو بمحلول سليمانى $\frac{١}{٤٠٠٠}$

المرحلة الاولى — بعد الجماع مباشرة يكفى حقن المريض بمحلول الارجيرول

من ١٠٠/٠ — ٢٠٠/٠ أو بروتارجول ٥٠/٠ مرة واحدة لمدة ١٠ دقائق

المرحلة الثانية — وتبتدئ من انتهاء المرحلة الاولى الى آخر الساعة الرابعة والعشرين بعد الجماع وفيها يكفى تكرير ما عمل فى المرحلة الاولى مرتين أو ثلاث مرات بين كل مرة والاخرى ٦ ساعات

المرحلة الثالثة — وتبتدئ من انتهاء الثانية الى الساعة الثامنة والاربعين بعد الجماع وفيها يضاعف علاج المرحلة الثانية على يومين أو ثلاثة أيام

المرحلة الرابعة — وتبتدئ بانتهاء الثالثة وتنتهى بظهور الصديد وتطبق فيها طريقه Javet بمحلول الارجيرول أو طريقة Brubus او Neissre بمحلول البروتارجول مع زيادة حقنه بنسبة ٥ ٠/٠ تحبس لمدة ٥ دقايق يومياً

المرحلة الخامسة — وتبتدئ برؤيا الصديد الى نهاية اليوم الثالث من ظهوره واعتقد ان أحسن الطرق لها هى طريقة Bayly التى تجمع بين الغسيل والبرمنجنات وختم الصماخ بمحلول فضى ذرى ويمكن استعمال طريقه Bayer التى تجمع بين الغسيل بالبرمنجنات والحقن الجزئى بمحلول Collargol ولكنى أعتقد على كل حال ان طريقه Bayly هى أوفاها بالغرض وأضمنها سلامة مع عدم التصريح للمريض فى الايام الاخيرة بعمل الحقن بنفسه بل بواسطة الطبيب

ويمكن تطبيق هذه الطرق على السيدات فى التهاب المجرى البولى أما فى اصابات عنق الرحم فافضل عمل هو غسيل بالبرمنجنات $\frac{١}{٣٠٠٠}$ مرتين فى اليوم يتبع كل مرة حشو عنق الرحم بقطعة صغيرة من الشاش مربوط بها خيط رفيع لاستخراجها فيما بعد ومغموسة فى محلول أرجيرول بنسبة ١٠ — ٢٠

تقرير

عن مرض الطاعون ببورسعيد

عن سنة ١٩٢٢

لقد كان عدد اصابات هـذا المرض فى هذه السنة ببور سعيد ٥٧ حالة وابتدأ فى أوائل شهر فبراير وانتهى فى شهر نوفمبر الا أنه كان خفيف الوطأة فى الأربعة أشهر الأولى واشتد فى شهر يونيو لغاية آخر أغسطس

وكنا لا نعتبر الحالة حالة طاعون الا بعد أخذ عينة منها وارسالها للمعامل بالصحة وورود التلغراف منها ايجابياً لأننا نخطر مصلحة الكورنتينا وهى تخبر جميع الموانئ الاجنبية ويعلق على ذلك كثير من حركة التجارة لان لكل اصابة تقف حركتها لمدة خمسة أيام وتتخذ الاحتياطات ضد جميع البضائع والمسافرين من هذه الميناء الى الخارج

ولم تكن هذه الاصابات هى فقط التى ظهرت بالبلدة بل كانت توجد اصابات أخرى كثيرة عولجت بالاسبتالية أيضاً وهى ولوأنها أكلينيكيا طاعون غير أنها لم تحسب كذلك لانها وردت سلبية للطاعون من المعامل وكان تعدادها ٣٤ وكنا نعالج هـذه الاصابات من أول الامر كطاعون ونتخذ الاحتياطات اللازمة داخل البلد الا أننا لا نبلغ الكورنتينا عنها الا بخطاب اشتباه بحادثة طاعون نتيجته سلبية

ومن الغريب أن هذه الاصابات جميعها من البلدة الا اصابة واحدة حضرت من الخارج من بمباى على احدى البواخر وعولجت بالكورنتينا

وهذه الاصابات هى من حى الافرنج والعرب كما يقول البورسعيديون وعدد اصابات الافرنج احدى عشر والمصريون ثلاثة وأربعين وتعداد البلدة

خمسة وثمانون الفاً منها خمسة عشرة الف أوربى ومن هذا يتضح أن النسبة فى عدد الاصابات للمصريين أقل من الافرنج مع رداءة مساكن الاول ولان الافرنج أكثرهم تجار وأصحاب مخازن

وكان بين هـذه الاصابات عشر حالات تسممية توفى أكثرها خارج الاسبتالية. وفقط اشتبهنا باصابة لها صلة قرابة بمصاب بطاعون دملى بالاسبتالية ظهرت عليها الحمى فأرسلت للاسبتالية وتوفيت بطاعون تسممى ثالث يوم لارتفاع الحرارة وظهر على جسمها طفح كثير قبل الوفاة مباشرة

وقد شاهدنا اصابات طاعون دملى بمنزل حدث به بطاعون تسممى

رقد كان عدد المتوفين عظيما بين هذه الاصابات اذ يبلغ ٣٥ ولكننا اذا تأملنا فى الاسباب الآتية نجد. أن المعظم توفى قبل العلم به وأغلبهم بطاعون تسممى (وعددهم ١٠) وتوفى ٨ بالطاعون الدملى خارج المستشفى فيكون الباقى وقدره ٣٦ وهم الذين عولجوا بالمستشفى شفى منهم ٢٠ أى بنسبة ٦٠ فى المئة وهذه نتيجة حسنة

ولقد كانت أكثر اصابات الطاعون التسممى بين الافرنج اذ بلغ عددهم ستة وكان تشخيص حضرات الاطباء الخصوصيين يختلف كثيراً فمنهم من شخصه حمى تيفوسية وهذا قليل والاكثر شخصه التهاب رئوى (فى أشهر الصيف) ليخرجه من باب التبخير والبحث والتنقيب عن الحميات بمنزل المتوفى ولعدم سؤالهم شخصياً عن عدم التبليغ

أعمار المصابين

أعمار المصابين كانت فى الغالب بين العشر سنوات والاربعين ولكنه لم يترك لا أصغر ولا أكبر من ذلك فقد شاهدناه فى اطفال من سنة فما فوق لغاية السبعين تقريباً

أسبابه

انه لم يمكننا أن نعثر على سبب أول اصابة لهذه السنة ولكن لو علمنا أن الطاعون ضيف ثقيل على المدينة مكث بها سنين طويلة وكل سنة يقيم زوبعة فى شهر مايو لغاية سبتمبر ويكمن فى مسكنه لحين وقته المناسب لعلمنا السبب فى ظهوره . ولكبر البلدة وكثرة المنازل الخشبية والارض الرملية وكثرة ما يرمى على الارض من بقايا الطعام تجد الفيران متسعا من المكان ومخبأ ومرعى خصبا هنا ولقد اجتهد اولو الحل فى عدم اقامة الابنية الخشبية من الآن فصاعداً وهدم ما يكون موجوداً منها بحالة داعية الى السقوط أو خطرة ونتعشم أنه بمرور وقت قصير تقل هذه المنازل بفيرانها

وشاهدنا اصابات كثيرة فى منازل كبيرة وبعيدة عن مثل المنازل السابقة فى الحى الاوربى وعلى جانب عظيم من النظافة مثلا سيدة أفرنجية من عائلة مشهورة بالبلدة لم تخرج من منزلها فى بحر أسبوع الا مرة واحدة قبل وفاتها بيومين الى السينما وأصيبت بطاعون تسممى ولذلك أجرينا عمل التطهير اللازم بالسينما أيضاً

وانى أفتكر أنه لمجيء البضائع ومعها الثيران من الخارج وخصوصاً من الهند السبب الاول فى حدوث هذا المرض ببور سعيد من عهد طويل . وربما كانت هذه الميناء والاسكندرية والسويس سبباً فى انتشاره بالقطر المصرى لانه يوجد كثير من الصعايدة (خمسة آلاف) ومن اغراب من البلاد المجاورة للمين لنقل البضاعة والفحم . وقد علمنا بالتجارب أن هؤلاء الصعايدة أو البحاروة عند ما يشعرون بأى مرض يركبون القطار الى بلادهم وهم يساعدون بعضهم على ذلك وعندهم نقود متوفرة . وهناك فى بلادهم على ما يظهر يكونون أكثر اطمئناناً من بورسعيد لقلة المراقبة عليهم سواء

كانوا أحياء أو أمواتاً . وهـذا هو من ضمن الاسباب فى قلة العثور على المرض بينهم هنا انتشاره فى بلاد الصعيد مثلا

العـدوى

ان الاعتقاد السائد الآن هو أن العدوى تأتى من لذغ البرغوث الذى يترك الثيران المصابة بالطاعون ونشاهد كثيراً من الثيران تموت قبل هجوم المرض ويقل حتى وجودها حية بعـد ما ينتهى المرض وقد قيل أن البرغوث المصاب بالطاعون يلتهب الطرف المعوى من المعدة ويقفل تقريباً وعنـد ما يلدغ انساناً يتقايأ كل ما فى معدته من الميكروبات فى الجرح فتحمل بواسطة الاوعية اللمفاوية الى أقرب غدة وهناك اذا وجد مقاومة يحبس ويقاوم بواسطة الدم وتنتهى المسألة بخراج عادى والا غزى الدم وحصل منـه ما يسمونه بالطاعون التسممى أما الطاعون الرئوى فانى لم أشاهد بهذه البـلدة شيئاً منه هذه السنة . وأفتكر أن الطاعون التسممى والرئوى واحد لاننا اذا أخذنا عينة دم من الرئة من الاثنين بعد الوفاة أو من البلغم لأتت ايجابية للطاعون

وتوجد طريقة أخرى للعدوى بواسطة الجروح كما حصل للثلاثة حالات الآتية

١ — شخص عمره ٢٥ سنة سودانى أصيب بجرح فى يده اليسرى رضى وغير عليه ثلاثة أيام وفى نهايتها حصل له ارتفاع فى الحرارة مع التهاب بغدة الـكوع وثانى يوم ازدادت حالته وظهر له دمل تحت الابط ودعينا لمناظرته ولولا أن حالة المصاب كانت شديدة والحمى مرتفعة ولسانه قذر ومغطى بطبقة سوداء تقريباً لقلنا أنه التهاب من وساخة الجرح امتد الى الغدد ولـكننا اشتبهنا فيه بالطاعون مع أنه كان بمنزل نظيف عند احدى العائلات الانجليزية فأرسلناه للمستشفى وأتت بنتيجة ايجابية

٢ — أحد عساكر البوليس دخل فى قدمه الايسر مسمار صغير وأخرجه هو بيده وحضر لكى يطلب أجازة لاعفائه من الشغل كما يفعل اخوانه وكما هى عادة العساكر فاحلناه على الاسبتالية ليغير على قدمه بالعيادة الخارجية وثالث يوم حضر بحمى درجة حرارتها ٤٠ (ودمل بالاربية يتألم منه بمجرد اللمس وحالته العمومية تدل على اشتباه فى طاعون فأرسل للاسبتالية وأتت النتيجة ايجابية

٣ — أحد الافرنج عملت له عملية جراحية بمصر باحدى الاسبتاليات بفتقين أربيين وحضر هنا بعد ٢٥ يوم وبعدها بثلاثة أيام ظهرت عليه الحمى ودمل بالاربية اليمنى واختلف الاطباء معنا بأن قالوا هذا حيل للعملية رغم ان جروحه كانت ملتئمة ونظيفة ورغم اخبارنا لهم أن مجرى السائل الليمفاوى من الجرح الى فوق وليس للاربية وعلى كل حال أخذناه للاسبتالية والنتيجة ايجابية

الا أنى اظن الحالة الاخيرة قد حصلت له من لذعة برغوث لا من الجروح

وقد حدثت هذه السنة ثلاثة حوادث كانت فى غاية الغرابة والاهمية

١ — غلام عمره ١٢ سنة أدخل المستشفى بدمل بالاربية اليمنى وأتت نتيجته ايجابية وثانى يوم لدخوله ارتفعت الحرارة وازدادت حالته سوءا وثالث يوم ظهر به دمل تحت الابط الايمن وتحسنت حالته العموعية نوعاً ونقصت الحرارة قليلا ورابع يوم ساءت حالته كما كانت فى اليوم الثانى لدخوله وفى خامس يوم ظهر به دمل بالاربية اليسرى وتحسنت حالته نوعاً وتكررت هذه الحرارة مرة أخرى وسوء حالته وظهور دمل ثانى يوم مرة أخرى بالعنق ولكنه شفى بعد أن مكث عشرين يوماً بالاسبتالية

٢ — شخص أرسل للاسبتالية بطاعون برقبته وبعد يومين ارتفعت حرارته وظهر عليه طاعون آخر بالاربية

٣ — شاب يبلغ من العمر ١٨ سنة حصل له ثلاثة خراجات بالتوالى أحدها

بالاربية وثانيها تحت الابط وثالثها بالعنق

وقد اختلفنا فى تأويل ظهور هذه الخراجات حيث قال أحدنا انها غزوات جديدة لنفس المريض والثانى انها نتيجة طاعون تسممى خفيف . وقد يبعد عن الفكر حصول الأخير لاول وهلة لانه اذا تسمم الدم لماذا تلتهب هذه العقد مع كونها لا علاقة لها ببعضها تشريحيا . ولكننا عند ما ننظر للحقائق الآتية نعتقد ان الرأى الثانى أقرب للحقيقة

ان المصاب عند ما يدخل للاسبتالية تنزع جميع ملابسه عنه ويغسل جسمه بمحلول السبلين ويطهر الشعر عند النساء بمحلول الغاز ويحلق للرجال. ويلبس المريض ملابس نظيفة وملابسه ترسل لغمسها فى الحال فى محلول الفينك أو السبلين ٢٤ ساعة وبعدها ترسل الى المبخرة ولذلك لا يأتى له البرغوث فى المكان الذى يرسل اليه بعد اجراء عملية التطهير بالحمام . وأيضاً لم يحصل اصابات فى الممرضين الذين يعتنون بهم ليلا ونهاراً . وعليه استصوب الفكرة بان هذه الثلاث اصابات كانت طاعونا تسمميا ولما لهذه الغدد من خاصية حبس ميكروب الطاعون فقد حبست داخلها وقاومتها وانتهت المسألة بظهور هذه الخرارج

مواضع الطاعون الدملى

اكثر مواضع الطاعون الدملى فى جميع الحالات التى رأيناها كانت بالاربيتين وذلك لتمكن البراغيث من الاقدام والساق حتى فى حالة يقظة المصاب وفى حالة وقوفه وتقربها من الارض أيضاً فى حالة تلوث الأخيرة بالميكروبات .

وقد يأتى الطاعون فى مواضع أخرى بالجسم والحالتين الآتيتين تثبتان أن الطاعون يهاجم أية غدة بالجسم وليس فقط المواضع الست المعروفة

أولا شخص مصرى شوهد به طاعون فوق رباط بوبارت وأتت نتيجته ايجابية

ثانياً بنت افرنجية أصيب أخوها بطاعون دملى وثالث يوم أدخلت الاسبتالية وظهر بها ورم بغدة موضعها بين الضلع السابع والثامن اليساريين قريباً من عظم العصى

ومن هذا نعلم ان الاربيتين أقرب للمهاجمة وربما كان لغسيل الايدى والوجه دخل فى قلة حدوثها هنا فقد كانت النسبة فى الاصابات السابقة كالآتى:

الاربيتين ٣٤ العنق ٧ تحت الابط ٣ الكل ٥٤

أى الصنائع تصاب بالطاعون

أما بخصوص اصابات الطاعون لفئة مخصوصة اكثر من غيرها من الناس أو من الصنائع الاخرى فان تجاربنا هذه السنة تفيد انه ليس له أدنى علاقة بالصنائع وفقط اكثر الاصابات تحدث فى المنازل التى توجد بها الفيران بكثرة وبحالة صحية رديئة

طرق اكتشاف الاصابات

طرق اكتشاف الاصابات فى هذه البلدة فى غاية الصعوبة وانما مساعدة حضرات الأطباء خصوصاً أطباء الاسبتاليات و بعض حضرات أطباء البندر الخصوصيين المصريين كانت لا تنكر وانى أتأسف اذا قلت ان مساعدة الاطباء الاجانب كانت ضئيلة وكانت ترد لنا أخبارهم اما قبل الوفاة أو بشهادة الوفاة ويسبقها تليفون يقول الطبيب فيه انه نظر المصاب مرة واحدة ويظن انه طاعون أو نظره ليلا ولم يجد أحداً بالمكتب وتوفى صباحاً وقد حدثت جملة حوادث أخرى منها ان البعض يعطى المتوفى شهادة بمرض آخر مثل التهاب رئوى وبالكشف عليه نجد عنده طاعونا بالعنق كبيرا أتت نتيجته ايجابية للطاعون وكان بحجم لا يمكن اخفاؤه عن أعين الطبيب المعالج بالمرة وعند ما سئل الاخير أجاب انه لا يعلم ان الطاعون يأتى فى الرقبة

اما عن اصابات الافرنج فكان معظم المبلغ عنهم متوفين الا فى المدة الاخيرة من الوباء حينما شعر حضرات الاطباء بالمراقبة الشديدة فى البلدة فكانوا اكثر احتياطاً وعلى كل فكان بعض الاطباء اذا رأوا الاصابة خفيفة ويتعشمون فيها الشفاء فلا يبلغون عنها واذا ساءت حالة المريض سارعوا للتبليغ عنه

أما من جهة الاهالى فانهم يكرهون بل ويحقدون على كل من بلغ بوجود اصابة بمنزلهم ولو أن بعضهم يفهم الضرر الناشىء عن وجود هذه الاصابات بينهم وهم يساعدون أطباءهم لاخفاء حقائق المرض وتاريخه وعدد زيارة هؤلاء لهم (فقط مرة واحدة قبل الوفاة بساعة)

غير اننا لاحظنا فى المدة الاخيرة بعض الافرنج الانكليز يبلغ عن نفسه عند شعوره بالمرض أو بمجرد اشتباهه بالحمى وكذلك عند مستخدميهم ويطلبون فحصهم والتأكد من مرضهم ويساعدون فى طلب ادخالهم الى الاسبتالية خوفاً على زوجاتهم وأولادهم من العدوى

ونتعشم فى السنة المقبلة أن يكون التبليغ حتى من الاهالى اكثر من قبل لما وجدوه هذه السنة من المعاملة الحسنة بالاسبتالية وحسن طرق المعالجة والسهر على راحتهم

مضاعفات الطاعون

قد حصل بعض مضاعفات غريبة لاصابات الطاعون منها

١ — ورم دموى بالرقبة بجوار الدمل وصار يكبر بسرعة وبفتحه وجد ان الشريان الوجهى ينزف وربط الا أن المصاب توفى

٢ — خراج كبير بالساعد الايسر لسيدة كان الدمل عندها بالاربية وقربت من الشفاء

٣ — مضاعفات رئوية كانت غالباً نذير الموت ولو ابتدأت نزلات شعبية خفيفة

الاحتياطات الصحية

الصحة هنا تقوم بوضع المصايد على شاطئ القنال لكى تتمكن بذلك من صيد الفيران التى تأتى من البواخر . وانه من الصعوبة بمكان عظيم تطهير البضائع من البراغيت التى تترك الفيران المريضة والتى هى السبب المباشر للطاعون وربما اذا نظر اولى الحل لذلك خصوصاً فى البواخر التى عليها اصابات كانت الاحتياطات أشد مفعولا

أما عند ظهور أى اصابة ولو مشتبه فيها فتؤخذ الاحتياطات الآتية :

١ — يرسل المصاب الى الاسبتالية فى الحال فى احدى العربات الصحية هنا أو فى السيارة التى تبخر بعد ذلك مباشرة هذا اذا كان على قيد الحياة واذا كان متوفياً تؤخذ منه عينة وترسل للتفتيش وتبخر الجثة تحت مباشرة مبخر الصحة وتدفن ويقوم المبخر بتبخير المنزل

٢ — وضع المصايد فى المنازل المجاورة ولما كان من عادة الفيران الجرى من منزل الى آخر فجميع المنازل التى فى المربع والتى امامه تعطى مصايد لصيدها وتؤخذ هذه المصايد صباحاً واذا كان بها فيران تعدم بالمبخرة وتنظف المصايد ويوضع بها الاكل وترسل للمنازل فى ساعة العصر وهكذا عشرة أيام على الاقل

٣ — سد جميع ثقوب الفيران التى يعثر عليها وحرق الفيران الميتة

٤ — يبخر المنزل والمنازل المجاورة له خصوصاً اذا كانت هذه المنازل قذرة وحالتها الصحية رديئة

٥ — مراقبة أهالى المرضى بالطاعون الدملى عشرة أيام وكذلك المخالطين أما مخالطى اصابات الطاعون التسممى فترسل الى الكوردون لتمكث مدة المراقبة بها

ملحوظـة : كنا نأخذ عينة لفحصها ميكروسكوبياً ضمن العينات التى ترسل للمصلحة وكنا فى غالب الأحيان نعثر على الميكروب بالدم على لوح الزجاج وكانت نتيجة المعامل كثيراً توافق نتيجتنا

ولقد كان التبخيرجيدا والملاحظة هذه السنة حسنة جداً حتى اننا لم نعثر على حالات طاعون بالمنازل المبخرة أو التى تحت المراقبة وجميع الحالات التى توجد بمنزل واحد كانت تقريباً فى ميعاد واحد أو لم تتم مدة تفريخ الطاعون نفسه (يوم أو يومين فقط)

المعالجـة

قد اتخذنا مع حضرة الدكتور عبد الحميد افندى عرفه حكيمباشى اسبتالية الحميات ببور سعيد الطريقة الآتيـة فى معالجـة عدد كبير من المصابين الذين دخلوا المستشفى من شهر يونيو فوجدنا النتيجة أحسن بكثير من قبل

١ — بمجرد وصول المصاب للاسبتالية يعطى ٢٠ جرام مصل ضد الطاعون

٢ — يفتح الخراج فى الحال اذا كانت الحالة دملية

٣ — تكرر الحقن بالمصل فى الايام التالية اذا لزم ذلك

٤ — يعطى كثيراً من المنبهات القلبية العادية

وقد كان لمناسبة فتح الخراج مبكراً قبل تقيحه جملة اعتراضات من اخواننا الاطباء منها ان الدمل اذا فتح قبل التقيح يحصل منه طاعون تسممى ويموت المريض . ولكنه ثبت أن فتح الدمل بمجرد مناظرته بعد اعطائه المصل يحسن حالة المريض جداً وتهبط حرارته فى نفس اليوم من ٤٠ — ٣٨ وثانى يوم الى ٣٧

وهذه الطريقة اتبعت بعد الملاحظة الآتية

وجدنا ان جملة مصابين تحسن حالتهم وتنخفض الحرارة حالا بعد أخذ العينة بواسطة ابرة الاختبار وينخفض الدمل أيضاً ولا يحتاج لفتح و يشفى المريض

ولما تكرر تحسن المرضى بعد أخذ العينة بابرة الاختبار قلنا نجرب فتح الخراج قبل التقيح فكانت النتيجة حسنة للغاية وذلك لان ترك الدمل يتقيح ليست طريقة علاجية بالمرة بل المصاب يترك لنفسه ولمقاومة دمه فاذا كان عنده قوة قاوم والا توفى أما طريقة فتح الخراج قبل التقيح فانه يساعد على اخراج كمية كبيرة من الميكروب يدل على ذلك أخذ عينة منه وفحصها بالميكرسكوب وخروج هذه الميكروبات يساعد فعلا المصاب وتحسن حالته العمومية

ولم يشاهد من الطريقة السابقة ضرر التسمم الدموى المقول عنه انه هو الخطر الذى يهدد المصاب بشق الدمل قبل تقيحه

اما حالات الطاعون التسممى فلم ينفع فيها الحقن بالمصل ولا المنبهات القلبية رغماً مما بذلناه من العناية بالمصاب الذى أدخل المستشفى

نهاية البحث

فى تقديم أو تأخير منبهات القلب فى الحميات

للدكتور حسن كامل (بشبرا)

يذكر حضرات قراء هذه المجلة المتتبعين هذا الموضوع اننى أرجأت ذكر تنبيه القلب لهذا العدد ، وبذلك اكون قد ختمت هذا البحث الذى شغل خمس أعداد من المجلة . والذى لاجله أشكر حضرات الزملاء القائمين بتحريرها آملا من حضرات ثقاتنا الاساتذة الاطباء أن لا يضنوا علينا بنقد أو تحبيذ فكرة البحث لعلنا نهتدى لاستجلاء الحقيقة

على ان موضوع اليوم ألخصه فى عرض حالة التهاب رئوى شعبى مكثت ٤٥ يوماً واتبع فيها كل العلاج حسب هذا البحث وقد يمكن عدها أنموذجا

لاتباع تنشيط الدورة الدموية أعرضها فى هذا العدد لمشاهدة ما اتبع فى تنبيه القلب على الخصوص

المريضة السيدة (ن . م) العمر ٢٥ سنة السكن شارع ابو المعالى شكولانى شبرا مصر — عادها أغلب مشاهير أطباء القاهرة ولعلهم يذكرونها أصيبت بانفلونزا والتهاب شعبى رئوى مزدوج فى أول شهر مايو سنة ١٩٢٢ وبلغت فى المرض منتهى درجات الخطورة واليأس

وبالرغم من ارسال الاوراق الدالة على سير الحمى لادارة المجلة لاأجد من اللياقة تكليف ادارة المجلة بطبعها لكثرتها ولأنها مكتوبة بالرصاص ويصعب أخذها بطريقة الزنكوجراف بهذه الحالة ولامكان تلخيص ما اتبع فى العلاج بالكتابة

وفضلا عن ذلك فان من يشاهد هذه الاوراق لا يراها تختلف عن أى التهاب رئوى شعبى آخر من حيث تعاريج درجة الحرارة وارتفاعها أحياناً الى ٤٠ سنتجراد ثم انخفاضها الى ٣٨ أو ٣٩ سنتجراد حسب مايحصل فى التغيرات المرضية للرئة وحدوث التهابات حديثة وزوالها الخ . . . كما هو معلوم

وبما ان الغرض من عرض هذه المشاهدة هو فقط تقدير ما أعطى لتنبيه القلب من المنبهات المشهورة فيمكن اذن تلخيصها اجمالا فيما يأتى :

(١) ٦٠ امبول حقنة زيت الكافور بنسبة ٣٠ سنتيجرام فى السنتيمتر المكعب من الزيت

(٢) ١٣ امبول سلفات استركنين بنسبة ٢ ملليجرام فى السنتيمتر المكعب

(٣) ١٢ امبول سلفات اسبرتين بنسبة ١٠ سنتيجرام فى السنتيمتر المكعب

(٤) ١٢ امبول ادرنالين بارك دافير نصف سنتيمتر مكعب

(٥) ١٢ بتيوترين

(٦) ١٦ بنزوات الكافيين ٢٥ و. فى السنتيمتر المكعب

(٧) ٤ زجاجات كبيرة من الشمبانيا

(٨) ٥٠ س . م من صبغة الدجتالا

(٩) زجاجتين من الدجالين

(١٠) فى أوقات سيئة جداً كانت الطريقة الناجحة هى فصد وريد الذراع لتخفيف ثقل الدم على القلب الأيمن وهذه الطريقة عملت أربع دفعات أثناء المرض

ولهذه المناسبة أقول اننى استدعيت يوماً فى وقت متأخر جداً من الليل فعلمت من الحركة الغير عادية بالبيت ان الحالة أصبحت خطرة . . . وعلمت أيضاً ان طبيبين قبلى أحدهما روسى والآخر مصرى عادا المريضة وخرجا مسرعين يائسين وصرحا ان الحالة لا تعيش بضع دقائق . . . وأقول الحق اننى عندما عدتها وجدت التنفس يكاد يكون معدوماً والعينين غائرتين متصلبتين والوجه باهتاً عدا زرقة قاتمة فى الشفتين والاطراف باردة . . اكتفيت بهذه المشاهدات السطحية ووقفت أنا أيضاً باهتاً ساكتاً يائساً مفكراً فى طريقة للخروج من حجرة المحتضرة كما خرج زميلى من قبلى

على اننى للحال فكرت فى أول موضوع كتبته على صفحات هذه المجلة فى بحث مسألة تنبيه القلب . . . ولكن ما فائدة تنبيه القلب وهو مثقل بالدم الوريدى واذن عمدت لأول مرة فى هذه الحالة لبذل الوريد لتقليل الضغط على العضل الضعيف وتقليل كثافة الدم وبالفعل ما كدت أبذل نحو ١٠ اوقيات تقريباً من الدم حتى ابتدأت علامات الحياة تظهر على المريضة ثم أشرت على حضرة القابلة النشيطة المطيعة الآنسة جليله حنفى التى أشعر اننى مدين لها لجعل هذه الحالة أنموذجاً صالحاً لتأييد بحثى أن تعطيها أولا حقنة اسبارتين ثم كل نصف ساعة حقنة كامور الى الصباح مع الاستمرار باستنشاق الاكسجين النقى على ان هذه الازمة عاودتها ثلاث دفعات أخرى كان من السهل مكافحتها بالطريقة نفسها الى أن تم شفاؤها . .

وانى أصرح باعتقادى الشخصى من اتباع علاج الحميات تبع هذا البحث ومن هذه الحالة التى ذكرتها وغيرها التى ذكرت فى أول المواضيع المدرجة بهذه المجلة ان علاج الحميات بتنشيط الدورة وتنبيه القلب على الخصوص هو الكل فى الكل وأخشى جداً أن نفقد حالات عديدة من هذا النوع ونحن واقفين حولها باهتين يائسين بينما تكون فى أيدينا القدرة على انقاذها لو حصر المجهود العلاجى فقط فى تنشيط الدورة وتنبيه القلب بكل الطرق التى ذكرت. هذه هى الملاحظة التى أبديها فى تتمة هذا البحث .. (انتهى)

حقن الكؤل فى علاج سقوط المستقيم

عند الاطفال

للدكتور محمد مبارك

بقلم ليونارد فندلى Leonard Findly M. D. دجلس جلبريث

Douglas galbraith M. B. من القسم الطبى للمستشفى الملوكى للاطفال

بجلازجو — لانست ١٣ يناير سنة ١٩٢٣

لا ينكر أحد ممن لهم تجربة كبيرة بالعمل فى العيادات الخارجية فى أحد مستشفيات الاطفال أن سقوط المستقيم عند الاطفال من الامراض الصعبة العلاج. وهو أيضاً من الامراض الخطرة نوعاً لانه لا يضايق المريض وأهله فقط بل قد يؤثر على الصحة العامة وخصوصاً فى سن الحداثة حتى قد يحدث مضاعفات شديدة وأحياناً مميتة. وهذه المضاعفات لا أشك فى أنها نتيجة للاسهال المصاحب. ومع الاقرار بان بعض هذه الحالات قد يشفى من نفسه ويمكن القول بالاغلبية الا أن هذه النتيجة الحسنة قد تتأخر شهوراً عديدة كما سنبين القائمة اللاحقة وفى هذه الاثناء قد يحدث ضرر كبير بتغذية الطفل

ولقد اقترحت طرق كثيرة لعلاجه وهى تتراوح بين ادخال الشرج البسيط ووضع مشمع على الأليتين وتثبيت المستقيم Rectopexy وتثبيت المستقيم العصعصى Rectococcy pexy وأن تجربتنا البسيط فى ادخال المستقيم ووضع المشمع غير مرضية ولقد شاهدنا حالات عولجت بهذه الطريقة ومكثت مستلقاة فى السرير عدة أسابيع من غير جدوى بخلاف الطريقة المشروحة فى هذه المقالة

شرح الطريقة

لقد شاهد أحدنا — ل ف — الطريقة مستعملة فى عيادة الاستاذ ا . د سبين فى جنفا Prof. A. d'Espine of Geneva وهى تتلخص فى ادخال جزء صغير من الكؤل النقى فى النسيج الخلوى حول الشرج وفى ابريل سنة ٩٢١ نشر أحدنا — ل . ف نتيجة ٢٢ حالة فى نبذة ومن ذلك الحين كبرت تجربتنا للطريقة وتحققت صحة أفكارنا الاولى المشجعة . وبما ان الطريقة سهلة للغاية فى عملها وحسنة جداً فى نتيجتها وخالية على ما يظهر من أى خطر فاننا نعتبر أنها يجب ان تزداد انتشاراً . ولذلك أسرعنا بعمل هذه المذكرة الثانية

يجب أن تعمل العملية بعد التخدير التام و يستحسن أخلاء المستقيم بحقنة شرجية . واذاكان المستقيم ساقطاً يدخل ثم يغسل العجان و يعقم بصبغة اليود ويوضع أصبع فى المستقيم للارشاد ويحقن ٥ و١ سنتيمتر مكعب من الكؤل النقى فى النسيج الخلوى حول الشرج من كل جانب وعلى عمق من بوصتين لبوصتين ونصف — من ٥ — ٦ سنتيمتر — وتستعمل حقنة استقصاء عادية ثم توضع الابرة على بعد ½ بوصة من حافة الشرج — تقريباً سنتيمتر — ثم يسد مكان الابرة بالكلوديم ثم يوضع غيار على العجان و يثبت بمشمع يلصق بالأليتين بجذب . ثم تعطى تعليمات أن يتبرز الطفل وهو مستلق على ظهره وتمر المواد البرازية بجانب الغيار ثم يغير المشمع واللفافة يومياً لمدة أسبوع وعندها يمكن الاستغناء عن أي عمل

ولم تنتخب الحالات التى عولجت بمعرفتنا ولقد كان بعضها شديداً جداً حتى ان السقوط كان مستمر النزول وهذا المقـدار من ٤ — ٦ بوصات . والاسهال لا يمنع العلاج بهذه الطريقة وفى اعتقادنا ان الاسهال نتيجة للسقوط غالباً أو على الاقل لاستمرار الاسهال نتيجة التهيج والتقرح فى الامعاء وليس الاسهال هو سبب السقوط كما يقال غالبـاً . فاذا وجد أن سبب السقوط ورم — بولبيومى — وجب ازالته فى الحال

تفصيل الحالات

تفصيل الحالات ونتائجها توجد فى هذا الجدول

عدد	نوع ذكر أو أنثى	السن	مدة السقوط	تاريخ العملية	تاريخ آخر تقرير	نتيجة السقوط
١	انثى	١٠ اشهر	شهر	٥، ٥، ٢٠	٢٨،٨،٢٢	رجع السقوط فى سعال ديكى لم يعد بعد $2\frac{3}{4}$ سنه

ثم ذكر الكاتبان جميع الـ ٤١ حالة مما لا أرى ضرورة لذكرها على هذا الشكل بعد الملخص الآتى :

لقد عالجنا ٤١ حالة فكان السقوط عند ٧ فى أقل من شهر . وفى ١٠ حالات كان موجود الأزيد من سنه وفى حالتين اضطر الى اعادة العملية مرة ثانيـة وفى حالة واحدة مرتين ولكن فى كل الحالات الباقية كانت تكفى عملية واحدة للشفاء . وفى ٣٧ حالة (٩٠٪) تم الشفاء وفى ١٧ حالة من هذه كان يأتينا تقرير عن حالتها لمدة من ١٨ شهرا لغاية سنتين بعد العملية وفى حالتين تحسن السقوط كثيراً ولكنه ينزل أحياناً . وفى حالتين لم يحصل تحسن ولكن يجب أن يلاحظ أن فى هذه الاحوال لم تعمل العملية غير مرة واحدة ورفض الاباء

العلاج بعد ولم نلاحظ نتائج سيئة ولا فى حالة واحدة وفى الحقيقة قد دهشنا من قلة تأثر المثانة الامر الذى يحصل عادة بعد عمليات الشرج والمستقيم

ويجب اعلان ان كيفية تأثير طريقة العلاج غير معروفة ولكننا نظن أن العامل المهم هو التهاب يحدث محل الحقنة فينتج أثرة التحام تثبت المستقيم . على أن رجوع القوة العاصرة الذى نعتقد أنه يحدث فى مدة التصاق المشمع يعمل جزءاً أيضاً

---

(١) علاج التشقق Chilblains

معربة عن مجلة البرا كتشز عدد فبراير سنة ١٩٢٣

العلاج العام : يعطى زيت سمك مقدار ملعقتى شوربة يومياً

شراب يودور الحديد ملعقتان حلو يومياً

وللبالغين ٥٠ و. سنتيجرام من يودور البوتاسا يومياً

ولا يسمح بلبس أربطة الجوارابات أو أى رباط آخر على الأرجل كما وأن الجوانتيات يجب أن تكون دافئة وواسعة . والأعضاء المتأثرة تغسل بماء دافىء وصابون ثم تنشف ويوضع عليها مسحوق الطلك

وقد نصح تبيرج بوضع المرهم الآتى على الأعضاء المتأثرة مساء بعد عمل حمام ساخن من منقوع أوراق شجر الجوز واليك المرهم

مسحوق كافور	.. ١ر	جم
اوكسيد زنك	.. ١٥ر	«
لا نولين	.. ١٠ر	«
فازلين	.. ٢٥ر	«

ويستعمل جوجيروت جلسرينات التنين Tannic Glycerine

جلسرين نشا	.. ر٥٠	جرام
شنين فى اثير	٥ر٢ — ٥ر	«

ويرش العضو جيداً بمسحوق النشا

ويستعمل ثيبرج المرهم الآتى صباحاً ومساء للتقرحات

تنين	٢٥ ر.	جرام
مسحوق كافور	٢٥ ر٠	«
اوكسيد زنك	٠ ٥ر	«
لا نولين	٠ر١٠	«
فازلين	٠ر١٠	«

أو يضع مكمدات منقوعة فى زيت كارون Carron Oil والتقرحات نفسها تكوى مرة واحدة فى اليوم بمحلول نترات الفضة ٥ ٪ و بقية العضو تدعك جيداً بقطعة من الفانلا مغمورة فى كؤول كافور Camphorated Spirit

ويوجد علاج شائع فى التشقق الغير متقرح وهو أن يدعك الجزء بزيت البترول ويفيد غالباً

علاج الخوريا Choria

كانت خوريا سيدنهام تعتبر مرضاً عصبياً ولكنه الآن تظن مرضا معديا للمجموع العصبى Central, hervous system سببه لم يعلم بعد ومتروك تحقيقه للمستقبل

وقد استعمل الوخز القطنى Lumbar Puncture فى بحث الخوريا لمعرفة أسبابها ومنشأها حتى تقاوم أعراضها غير أن تاليه بعد ان اشتغل فى بحث سائل النخاع الشوكى قرر أنه لا ترجى فائدة من ذلك فى معرفة سبب العدوى

بل أن الوخز لن يكون طريقة جديدة للعلاج منذ المرض ويجب أن تترك هاته العملية بتاتاً

وهناك طريقة أخرى للعلاج — العلاج بزبدة الزرنيخ — تستحق العناية والاهتمام

الزرنيخ بكل أنواعه علاج قديم فى مرض الخوريا . ومن كل محضراته — سائل فولر ، كاكوديلات الصودا ، نوفوأرزينو بنزول - ويفضل كومى Comby محلول بودين Boudin وهو ١ ٪ من حمض الزرنخوز ويعطيه بمقادير تزاد تدريجياً من ٥٠ الى ٣٠ جرام ثم تخفض تدريجياً الى ٥ جرام ولكن لسوء الحظ أن هذا المحلول لا يمكن تحمله دائماً حتى ولوكان الغذاء ليناً خصوصاً عند ما تكون الجرع كبيرة . وأخيراً فكر البرفسور فايل wiel فى خلط حمض الزرنيخوز بملح ومزج ذلك بمادة دهنية — زبدة

يخلط حمض الزرنيخوز مع ملح بنسبة تجعل كل ٠٫١٠ من الملح تعادل ٠٫٠٠٥ من الحمض وهذا المزيج يجب أن يكون متناسقاً ومقدار الجرع الزرنيخية هى ٥ ، ١٠ ، ١٥ ، ٢٠ ، ٢٥ مللى جرام وهذه تخفض تدريجياً بنسبة مماثلة الى ٥ مللى جرام وكل مقدار من هذه الكميات يخلط مع ١٠ جرام من زبدة طازه ثم تبسط على قطعة من الخبز Sandwiech وتعطى للاطفال فيتقبلونها بسرور تام . ويجب اعطاؤها فى آخر الاكل

ويعطى فايل وليفى الجرعة كل يومين ولكن فوجران الذى جرب هذه الطريقة بنجاح يقسم الجرعة نصفين . ويعطى النصف يومياً

والنتائج التى حصل عليها لغاية الآن مرضية جداً . ولقد برهنت زبدة الزرنيخوز على أنها دواء فعال ضد مرض الخوريا وكل مريض يمكنه أن يأخذه ويتحمله بدون تعاطى مأكل خاص كما أن له تأثيرا سريعا على الصحة العمومية ويشار باستعماله خصيصاً فى الاحوال المشتبه فيها بأنها زهرية

علاج الالتهاب المفصلى التشوهى بالكبريت

Arthritis Deformans

يستعمل بسك Bsjch محلولين زيتين احدهما خفيف ٠٫١ ٪ والآخر قوى ١ ٪ ويمكن معرفة درجة تأثر المريض بحقن ٥ سنتيمتر مكعب من المحلول بين العضل الآلى . فيحدث رد فعل بأعراض تختلف فى شدتها بحسب تأثر المريض . فاذا لم ترتفع درجة الحرارة عن ٣٨ سنتيجراد يمكن اعطاء المريض من ٢ — ٥ جرام من المحلول القوى بعد ثمانيـة أيام من الحقنة الاولى وفى الاسبوع التالى والذى يليه يعطى ٥ جرام من المحلول الخفيف . وغالباً تكفى هاته الاربعة الحقن فى الالات المتوسطة أما فى الحالات الشديدة والحالات التى فيهـا عدة مفاصل مصابة تعطى أربعة حقن أخرى من المحلول الخفيف ولا بد من مضى ثلاثة شهور على العلاج قبل أن يبدأ فى اعادته

علاج حاملى ميكروب الدفتريا الأنفية بمصل (Toxin Antitoxin)

وجد فرنيو أن علاج الالتهاب الانفى الدفتيرى Dipht Rhinitis مع أنه يشفى بالحقن بالمصل المضاد للدفتريا Antitoxin الا أن المريض يعود بعد بضعة أسابيع وهو حامل لميكروب الدفتريا Carrier ولذلك يطعم المريض بمزيج toxin antitoxin مرة أو اثنين أو ثلاثة وقد وجد أن تجربة تشك Schick test بعد ان كانت ايجابية قبل التطعيم أصبحت سلبية بعده . كذلك وجد السائل الانفى خالياً من باسيل كلب لو نيلر

سبب غير عادى

فى حالتى التهاب مثانى مزمن

الدكتور لافندرا (١)

الحالة الأولى : مريضة عمرها ٣٠ سنة صناعتها طحانة رؤيت فى ٩ مارث سنة ١٩١٧ تشكو من آلام وحرقان أثناء التبول وتتعدد مراته وقد حصلت لها هذه الاعراض تدريجياً منذ ٣ شهور

البحث بالمنظار المثانى : الغشاء المخاطى محتقن . بقع صغيرة رمادية اللون سهلة الازالة بالقسطرة ومنشرة على مثلث المثانة Trigan

و بقسطرة الحالبين وجد البول رائقاً من كل منهما . ولم يظهر البحث الاكلنيكى شيئاً غير عادى

و ببحث الافراز الخارج من فتحة القناة البولية ومن غدد اسكين و بارثولان وجدت خلايا صديدية وميكروبات غير انه لم يعثر على ميكروب السيلان

و بقسطرة المثانة وجد البول معتم اللون قلويا ذا رائحة كريهة و به خلايا صديدية ولم يوجد به لا ميكروب السيلان ولا باسيل الدرن . انما بول الحالب الايمن فكان به صديد بخلاف بول الحالب الايسر فكان طبيعياً

وقد حقن الاندجوكارمين بالوريد تظهر من الحالبين بعد خمسة عشر دقيقة

تفاعل فاسرمان . سلبى

فى ٣ ابريل تحسنت المريضة بالراحة والعلاج الموضعى وعادت لأعمالها

فى ٢ يونيو عادت المريضة تشكو اعراضها السابقة و بسؤالها عن أحوالها وعاداتها الشخصية قررت انها تضع على المهبل اسفنجة عليها مسحوق طلك

---

(١) معربة عن جورنال الجمعية الملوكية الامريكية عدد ١ يناير سنة ١٩٢٣ (قلم التحرير)

ليجعله جافاً و نظيفاً . فنصحت بعدم استعمال هذه الطريقة . ومرت خمسة أيام راحة مع غسيل المثانة بمحلول نترات الفضة $\frac{1}{4000}$ وحمام ستز Sitz سببت لها شفاء تاماً

فى ٨ نوفمبر سنة ١٩٢٢ وصل منها خطاب يدل على انها متمتعة بصحة جيدة ولم تعد اليها الاعراض السابقة

الحالة الثانية : مريضة عمرها ٣٣ سنة صناعتها خادمة فى منزل استشارة طبيب العائلة فى ١ نوفمبر سنة ٩٢٠ بسبب كثرة التبول والآلام التى تشعر بها فى أسفل البطن وقد حصلت لها هاته الاعراض تدريجياً . ومدة المرض ثلاثة أسابيع

فى ٣١ ديسمبر دخلت المريضـة مستشفى فرنساوى وقد رأيتها هناك فى استشارة . ولم يكن عندها اعراض غير التى ذكرت عمـل بحث أصبعى للشرج فوجد بالرحم التواء خلفى Releojlexim

البحث بالمنظار الثانى الغشاء المخاطى محتقن وبالمثلث الثانى Higon مقترحات سطحية . قسطر الحالبان فوجد البول طبيعياً . و بقسطرة المثانة وجد فى البول كرات دموية حمراء و بيضاء وقد عمل لهـا بحثان بالمنظار بعد ذلك وهى فى المستشفى فلم يوجد خلاف ما ذكر . وبحثت الكليتان والحالبان بأشعة اكس فوجدت طبيعية . أما تفاعل فاسرمان فكان سلبياً

فى ٧ يناير سنة ٩٢١ لداعى عدم معرفة السبب فى هذا الالتهاب نصحت لها بعمل عمليـة ليعاد الرحم الى موضعه الطبيعى ولو وجد بالزائدة الدودية التصاقات تزال أيضاً وقد عملت لهـا العملية فى ١٢ منه وازيلت الزائدة وأصلح الرحم

ولما ظهر أن المريضة شفيت أخرجت من المستشفى فى ٢٧ منه

فى ١٣ اكتوبر عادت للمريضة بكل أعراضها السابقـة وقد أظهر البحث بالمنظار الثانى العلامات الاولى تماماً ما عدا التقرحات ولما سئلت عن عاداتها

الشخصية قررت أنها كلما وجد عندها افراز مهبلى كانت تضع عليـه قطعة من الشاش بمسحوق الطلك وقد نصحت بعدم استعمال ذلك فى المستقبل واستعمل لها العلاج كما كان فى الحالة السابقة فشفيت تماماً

وفى ١٨ نوفمبر سنة ٩٢٢ رؤيت المريضة ممتعة بصحة تامة

الجمعية الرمدية المصرية

اجتمعت الجمعية الرمدية المصرية اجتماعها السنوى المرة العشرين بحجرة الامتحان بنادى الطلبة بمدرسة الطب فى الساعة التاسعة من صباح يوم الجمعة ٢ مارس سنة ١٩٢٣ برئاسة الدكتور احمد بك فهمى الرشيد وعرضت الحالات الاكلينيكية الآتية : —

(١) التهاب مشيمى مركزى عارضى Traumatic | ثلاثة تلاميذ عرضت بمعرفة
(٢) ورم أدمى بالقرنيه Dermoia | الدكتور الرشيد بك
(٣) عدوى الملتحمة بأورام الاستربتوثريكس Streptothrix | والدكتور محمود خيرت

(٤) طفل حديث الولادة بدون أثر للمقلتين بمعرفة الدكتور محمد توفيق صادق

(٥) فقد أبصار أحد العينين بدون سبب ظاهر بمعرفة الدكتور زكى صديق

(٦) اغلوكوما ابتدائية مزمنة فى مريض صغير السن وأحد العينين التى بهـا اغلوكوما كاملة ظاهر بحلمتها البصرية

التقعر الاغلوكومى بمعرفة الدكتور باسيلى جرجس

ثم عرضت بعد نظارات بمعرفة الدكتور محمود زكى

ثم أخذت الصورة الفوتوغرافية لجميع الأعضاء وبعد ذلك استمرت المحاضرات العلمية حتى الساعة ١٢ ونصف ثم ابتدأت الجلسة الادارية حيث أتمت أعمالا هامة ومن ضمن قراراتهـا انتخاب البروفسور فوكس (فينا) والكولونيل « البرت » (لوندره) أعضاء شرف للجمعية

ثم تناول الأعضاء الغذاء السنوى بمطعم الحاتى ثم عادوا للاجتماع الساعة ٣ ونصف بعد الظهر لاستمرار القاء المحاضرات حتى الساعة ٥ ونصف ثم عادوا للاجتماع صباح السبت الساعة التاسعة صباحاً لتكملة المحاضرات وانتهى الاجتماع فى الساعة ١ بعد الظهر بنجاح باهر

وقد حضر الاجتماع سبعون عضواً اكثرهم من المقيمين خارج القاهرة عدا بعض الزائرين وهاك بيان المحاضرات

المحاضرات التى ألقيت يوم الجمعة

(١) الرمد الغشائى بما فيه الرمد الدفتيرى) للدكتور ماكلن واحمد بك فهمى الرشيد

(٢) الرمد الدفتيرى باسيوط للدكتور عبد المسيح جرجس

(٣) شلل التكيف عقب الدفتريا الحلقية للدكتور محمد بك صبحى

(٤) انتشار الرمد الصديدى الشديد بشكل وبأئى فى الأطفال وقد قرأت باللغة العربية وحصلت المناقشة فيها للدكتور زكى صديق

(٥) بحث عما اذا كان وجود أوعيـة قصيرة قليلة العدد بالحافة العليا للقرنيه عند المصريين يكون كافياً لتشخيص الرمد الحبيبى من عدمه . . . . . . للدكتور احمد بك فهمى الرشيد

(٦) ارتخاء الجفن العلوى نتيجة معالجة الرمد الحبيبى بطريقة الدكتور أبادى الحديثة — قرئت باللغة الفرنساوية . . . . . للدكتور كاسيمانتس

(٧) الظواهر الزهرية بالاجفان والملتحمة . . . للدكتور محمد توفيق صادق

(٨) حالات التنافر الذاتى للادوية Idiosyncrasy . . للدكتور اسبورن

(٩) استعمال جوهر البيوتين المخدر Butyn . . . . . للدكتور كيب

(١٠) الشلل المقلى والصداع المستمر بعد التخدير النخاعى بالاستوفايين للدكتور محمد صبحى بك

(١١) الالتهاب الهدبي للاجفان وعلاجه — قرأت بالعربية . للدكتور زكى صديق
(١٢) تحسينات فى عملية استئصال الغدروف . . . للدكتور حسن براده
(١٣) الخياطة المستمرة فى عملية سنلن للشعرة . . . للدكتور محمد توفيق

المحاضرات التى ألقيت يوم السبت

(١٤) حالة عدوى متأخرة بعد عمليـة تربنة المقلة Trephining مع بعض ملاحظات . . . . للدكتور عيسى المازنى
(١٥) أمراض العيون المتسببة عن الالتهابات الفمية . . للدكتور محمود زكى
(١٦) ملاحظات عن أمراض العيون الدرنية بالقطر المصرى للدكتور مايرهوف
(١٧) التغييرات النجمية الشكل بالبقعة الصفراء بقاع العين فى أحوال التهاب الأعصاب الـكؤلى . . . . للدكتور حسن براده
(١٨) تغييرات البقعة الصفراء بقاع العين فى التهاب الغشاء المبطن للأوعية للدكتور حسن براده
(١٩) أورام وعائية بالمشيمية وجلد الوجه مع انفصال شبكى للدكتور محمد صبحى بك
(٢٠) التهاب العصب البصرى كعلامة مشخصة فى حالة استسقاء دماغى مكتسب للدكتور نصيف توفيق
(٢١) حول كامن Hyperphoria مسبب عن اصابة الرأس . للدكتور كيب
(٢٢) ورم بالحجاج الأيسر مسبب للجحوظ وعلاجه بعملية كرونلين للدكتور دولبى
(٢٣) كيس آدمى غائر بالحجاج وكيفية استئصاله للدكتور حليم أبو سيف
(٢٤) ورم وعائى لمفاوى بقعر الـكيس الأسفل للملتحمة . . للدكتور كيب
(٢٥) الترقيع الغضروفى فى عمليات استئصال المقلة للدكتور محمد صبحى بك

تكريم الأستاذ الرمدى « فوكس »

أقام بعض أطباء العيون المصريين مأدبة شائقة مساء الاثنين ٢٦ مارس سنة ٩٢٣ على ظهر الباخرة « فيروز » تكريماً للرمدى الاشهر الاستاذ فوكس أستاذ أمراض العيون بجامعة فينا سابقاً وقد حضر هـذه الحفلة نحو الثلاثين من نخبة الأطباء المصريين عدا الأستاذ المحتفل به وبعض الرمديين الأجانب والاستاذ على بك ابراهيم وتناول الجميع الطعام الفاخر على مائدة مزدانة بالازهار والانوار وفى نهاية الطعام خطب كل من الاطباء احمد بك فهمى الرشيد ونصر بك فريد وعبد العزيز بك نظمى مرحبين بالاستاذ « فوكس » الذى خدم فرع أمراض العيون أجل الخدمات بمؤلفاته وابحاثه وتمنوا له عمراً مديداً ثم قام الاستاذ « فوكس » وخطب خطبة بليغة شكر بها الاطباء المصريين على حسن عواطفهم ورقيق شعورهم نحوه وقال انه يعتقد انه لا يستحق كل هذا التكريم وختم خطابه بأحسن التمنيات لمصر والمصريين. وتلاه الدكتو مايرهوف فخطب باللغة العربية ويشكر الاطباء المصريين على دعوته ودعوة زميله الدكتور برتز لهذه الحفلة وشرب نخب مصر والاطباء المصريين

ثم صعد الجميع على ظهر الباخرة حيث كان بعض أعضاء نادى الموسيقى الشرقى والموسيقى المبدع محمد افندى العقاد والمطرب الشهير عبد العزيز افندى عثمان يشنفون الآذان بقطع موسيقية وغنائية فى غاية الابداع تبرعاً منهم لهذه الحفلة وعند الانصراف شكر الجميع سعادة المفضال ساويرس بك ميخائيل صاحب الباخرة الذى قدمها لاقامة هذه الحفلة تكريماً لعالم كبير

محضر الجلسة العلمية الثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

من صباح الجمعة ٩ مارس سنة ١٩٢٣

اجتمعت الجمعيــة الطبية المصرية بدار المجمع العلمى المصرى فى الساعة العاشرة ونصف صباحاً برئاســة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا فقرىء محضر الجلسة الماضية وصودق عليه

ثم تلى سعادة الرئيس اعتذاراً من الدكتور نجيب اسكندر عن عدم امكانه الحضور

و بعد ذلك دعا سعادته الدكتور محمود ماهر بك لالقاء القسم الثانى من محاضرته عن الموت الفجائى فاستطرد حضرته الكلام مبتدئاً بامراض الشرايين و بعد الانتهاء منها شكره سعادة الرئيس و بقيــة الزملاء على اهتمامه الكبير الذى تجلى فى محاضراته النفيسة

ثم قام دكتور احمد بك فهمى الرشيد وقال :

(١) تحصل الوفاة فجــأة نادراً فيمن عندهم البنيــة اللمفاوية Status lymphaticus ولذا فانى أسأل حضرة المحاضر أن يذكر لنا شيئاً عنها وهل ذلك يحصل فى نوع مخصوص من البنية اللمفاوية أم فى جميع الحالات التى يطلق عليها هذا الاسم فقد حصل منذ عشرة سنين تقريباً أنه حينما كنت أعمل عملية شعرة لولد فى نحو العاشرة من عمره تحت الكلوروفرم وكان المبنج طبيباً فأتممت عملية الجفن الأيمن بعد أن حقنت به قليلا من محلول الأدرنالين ماركة پارك ديفس المخفف بمثله بالماء لتقليل النزيف وقبل الشروع فى عملية الجفن الأيسر حقنت قليلا من هذا المحلول و بعد عمل الشق الجلدى لاحظت أن النزيف كان ممتنعاً تقريباً فنبهت الطبيب المبنج لذلك و بجس النبض اتضح وقوف القلب فعملت

له كل الاسعافات والمنبهات الممكنة مع التنفس الصناعى لمدة طويلة فلم تفد .
وقد أجريت الصفة التشريحية بمعرفة ثلاثة أطباء ثبت منها أن سبب الوفاة الوحيد
هو البنية اللمفاوية status lynphaticus وليس الـكلوروفرم ووجدت الغدة
التيموسية كبيرة الحجم . فهلا توجد طريقة لمعرفة هذه الأحوال قبل العملية ؟
وهل من طريقة لتوقى الوفاة فيها ؟ وهل معلوم لحضرة المحاضر أو الزملاء أمثلة
أخرى من ذلك ؟

(٢) فى صيف سنة ١٩١٥ أقامت مصلحة الصحة العمومية مستشفى لمعالجة
الجرحى والمرضى البريطانيين القادمين من الحرب بغاليبولى وكان مكوناً من
خيام عديدة تسع خمسمائة سرير وضعت على شاطئ البحر برمل الاسكندرية
بمحطة جليمونوپولو وكان منوطاً بى علاج القسم الرمدى وكل ما له علاقة بالعيون
من اصابات الرأس وكانوا عديدين يشغلون الجزء الأعظم من نصيبى وهو مائتين
سرير فكان أغلب من تحصل لهم اصابة بالرأس يتسبب عنها جرح رضى أو تمزقى
بالفروة واصل للعظم يشكون من صداع مع توعك وضعف قليل فى قوة الابصار
وبفحص باطن العين كنت أجد ارتشاحاً اويزيماويا فى الحلمة البصرية
Papillædema مختلف الدرجة بالعينين . وسبب هذه الاعراض هو الالتهاب
السحائى الموضعى الناتج عن اصابة العظم والسمحاق بالالتهاب وكان علاجهم
يشتمل على علاج الحالة الجرحية مع اعطاء ملينات والتدليك بالمرهم الزئبقى فى
الأصداغ يومياً فى المساء مع استعمال النظارات السوداء كما أشار بذلك المأسوف
عليه السير ڤيكتور هورسلى الاختصاصى الشهير فى أمراض المخ الذى كان يقوم
حينئذ بالتفتيش على هذه الامراض بجميع مستشفيات الجرحى العسكرية بالقطر
وكجراح استشارى فيها وكانت تزول الاعراض وعلامات باطن العين فى أسبوع
أو اثنين بالعلاج فمن ذلك يتضح أن حالات الالتهاب السحائى الموضعى الجرحية
كثيرة الحصول وهذا مما يؤيد قول حضرة المحاضر فى تسببها للوفاة فى بعض

الاحوال . وحبذا لو كانت جميع اصابات الرأس المصحوبة بأعراض مثل الآم الرأس وضعف الابصار يفحصها طبيب رمدى لمعرفة وجود الالتهاب السحائى الموضعى وعلاجه فى الوقت المناسب قبل أن يترك أثره فى اضعاف قوة الابصار أو احتمال الموت الفجائى اذا حصل تقيح

ثم قام دكتور محمد على النكلاوى بك وذكر حالة موظف فى الخرطوم فى سنة ١٩١٧ اثباتاً بأن الموت الفجائى يحصل فى بعض الاحيان عقب مرور سدود دقيقة فى الدم ووصولها للقلب فى بعض أحوال الكسور المذكور حصل له كسر فى عظمى الساق اليسرى . مكث بالمستشفى أكثر من اربعين يوماً . بصحة جيدة جداً . وفى يوم خروجه سقط ميتاً مرة واحدة عند قيامه من السرير . الصفة التشريحية أورت أن جميع الاعضاء طبيعية والقلب منكمش (منقبض) ويوجد سدة صغيرة رقيقة وجامدة ذات طرف مدبب تشبه قطعة صغيرة من العظم فى الاوردة الصغيرة عند مدخل الوريد الاجوف الصاعد الداخل فى القلب

ثم قام دكتور مصطفى سرور وقال :—

(١) قال ماهر بك فى تعريف الموت الفجائى انه الموت السريع فى شخص لم يكن معروفا عنه انه مريض ونتيجة مرض كامن وهنا أقول اننى اعتقد امكان حصول موت فجائى بدون وجود مرض كامن نتيجة صدمات نفسانية وعلى أثر اصابات خفيفة على نقط حساسة فى الانسان مثل الحنجرة والخصية مثلا

(٢) تكلم المحاضر عن الانفرزما بعد الكلام على تصلب الشرايين تخوفاً من الالتباس أقول ان التجدد الانفرزمى فى جدر الشرايين هو فى الغالب نتيجة تصلب الشرايين الغير النوعى

(٣) وبمناسبة النزيف من أوردة الدوالى فى الاطراف السفلى اذكر الزملاء بكثرة سروز الكبد فى مصر وما ينشأ عنه من دوالى داخلية مثل عند آخر البلعوم وما يحدث عن تمزقها من القيء الدموى فى هذه الاحوال والذى قد

يسبب الوفاة باستمراره وكثرته

(٤) وأضيف على نوع السدادات الوريدية السابقة الذكر فى المحاضرة الاولى السدادات الخبيثة أى المنفصلة من أورام خبيثة فقد حصل فى حالة ساركوما من الخصيه ان نمى السركوما وزحف من الاوردة حتى وصل الوريد الاجوف الاسفل وانفصلت منه قطعة انحشرت فى الشريان الرئوى وأحدثت وفاة فجائية

(٥) واما عن الخراجات والاورام التى تموت فى المخ وتكبر دون أن تحدث أى اعراض يشعر بها المريض أو يلاحظها الطبيب اكلينيكياً فيغلب انها تكون فى المناطق الصامتة من المخ (silent Oreas) وهـذا يفسر عدم تداخلها فى وظيفة المخ اليومية وهى وان لم تتداخل مباشرة فى وظيفة المخ الا أنها بلا شك تقلل من احتياطى تحمله للصدمات فيعرض المريض للموت الفجائى بسبب ذلك

ويوجد ورم الجليوما وهو ورم كثير الوعائية الدموية وأوعيته رقيقـة الجدر وهو لذلك معرض لحدوث أنزفة من صـدمات بسيطة وحدوث هذه الانزفة يزيد — دفعة واحدة — الضغط داخل الجمجمة فيسبب موتا فجائياً

ولا شك ان المثابرة على محض باطن العين فى كل أحوال اصابات الرأس البسيط منها والشديد وتكرير الفحص بعد نقاهة المرض قد يرشدنا الى تكون خراجات أو أورام داخل الجمجمة لم تعلن عن نفسها باعراض ظاهرية

وأما بخصوص ما ذكره الدكتور الرشيد بك عن البنيـة اللمفاوية status lymphaticus فاقول أن البنية اللمفاوية هذه تشاهد كثيراً فى الاطفال وفى حديثى السن ومميزاتها التشريحية هى : — يكون الجسم فى الغالب سميناً أى فيه مواد دهنية تحت الجلد بكمية وافرة ويكون لون الجلد باهتاً وتكون مدة التيموس باقية وحجمها كبير ويكون تضخم فى كل الأنسجة اللمفاوية فى الجسم خصوصاً تمدد المساريقا والطحال ولطع باير اللمفاوية وفى حالة موت

فجائى شرحته أخيراً فى قصر العينى فوجدت كل هذه التغيرات و زيادة عليها فان القلب كان خالياً من الدم خلواً تاماً وكذلك الاوعيـة الـكبيرة المتصلة به وكانت الرئتان فى حالة اينميا شديدة وكذلك المخ

ومعروف أن مثل هؤلاء الافراد معرضون للموت تحت تأثير المخدرات (الـكوروفورم الخ) وأقل تحملا للامراض المعدية ومعرضون فى سن الطفولة للموت الفجائى بدون شىء كما فى حالة الطفل المذكور هنا

ويحدث فى سن الطفولة نزيف مزدوج فى المحفظتين فوق الـكلة فيسبب عدم كفاية فى وظيفتهما ينشأ عنه الموت الفجائى

وأختم كلامى بذكر حالة موت فجائى نشـأت عن ورم ليفى معنق وكان الورم فى الحنجرة ففى ذات مرة سقط الورم فى فتحة الحنجرة فاحدث اسفيكسيا سببت الوفاة

ولأكرر جزيل الشكر للمحاضر على محاضرته النفيسة وأنا فى انتظار بقيتها

واقفلت الجلسة حيث كانت الساعة ١٢ وربع بعد الظهر السكرتير

محضر الجلسة العلمية الثالثة عشر

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

المنعقدة بحجرة قومسيون البلدية الساعة السابعة ونصف

من مساء السبت ٢٤ فبراير سنة ١٩٢٣

فتحت الجلسة تحت رئاسة صاحب العزة الدكتور وهبه نظمى بك وكيل الجمعية وبحضور عدد من الاعضاء فتلا السكرتير محضر الجلسة العلمية الثانيـة عشر وصودق عليـه ثم دعى حضرة الدكتور (على افندى عطيه نجم) فألقى محاضرة عن (العلاج الاجهاضى للسيلان وأهميته)

ثم دارت المناقشات فى موضوعها

فالدكتور نجيب افنـدى قناوى سأل المحاضر عما يعمله اذا أراد اجراء عمليات ختم الصماخ (sealing of Urethera) فى مريض عنده (كما يوجد كثيراً) حاسية فى المثانة تستدعى اخلاءها فى مدد قصيرة . فأجاب الدكتور عطيه بانه فى هذه الأحوال يتبع طريقاً آخر من طرق العلاج الاجهاضى التى ذكرها

واستفهم الدكتور احمد افندى حامد عن المريضين اللذين ذكرعنهما فى المحاضرة بان السيلان كمن فيهما ٥٣ و ٤٠ سنة . فما هو الامر الذى حقق لدى الطبيب ان المرض كان كامناً هذه المدة الطويلة ولماذا لم يرجح انه كان عدوى جديدة أو قريبة العهد

فاجاب المحاضر أن احدى هاتين الحادثتين وهما لرجلين مسنين كانت معروضة على الدكتور لايس لمرض تضخم البروستاتا فعمل له فحص مجرى البول بالنظارة (Urétyroscopy) للتأكد من الحالة فوجد به خراج فى البروستاتا فشق وفحص الصديد فوجدت به ميكروبات السيلان . ولدى سؤال المريض بدقة تذكر بعد صعوبة قال أنه أصيب بالسيلان وهو صغير ثم شفى منه . وتزوج وله أولاد كثيرون صحتهم جيدة

ونظراً لتأكد الطبيب من صدق هذا الرجل ومن كبر سنه وعدم وجود التهابات حديثة فى مجرى البول فلابد أن ميكروب السيلان كان فى حالة كمون أو استتثار Latent أما الحادثة الأخرى فتشبهها تماماً وهما تفسران مقـدرة ميكروب السيلان على الكمون لمدة طويلة

ثم قام الدكتور ابراهيم افنـدى صبرى فأبدى أنه لاحظ أن المحاضر قد جعل دليله لعمل العلاج الاجهاضى للسيلان أو عدم عمله مستنداً الى العلامات الظاهرية فقط أى مضى وقت مخصوص بعد العدوى وعدم وجود التهابات أو تكرير بولى الخ . ولـكنه يرى أن الذى يجب أن يقود الانسان للقيام بالعلاج

الاجهاضى هو الفحص المجهرى للصديد نفسه ومعرفة مركز الميكروبات السيلانية من الخلايا البيضاء فان كانت الميكروبات نسبتها أكثر خارج تلك الخلايا عن داخلها كان من المستحسن اجراء العلاج الاجهاضى والا فلا داعى لعمله ولا فائدة فيه بل هناك تحميل المريض خطر تلك المواد الكاوية المنهكة التى تستعمل على ذلك النمط من العلاج . والتى كثيراً ما تسبب ضيق مجرى البول stenois أو نتوءه (stricture)

فقال الدكتور قدرى أنه يجب أن يعتمد دائماً على العين المجردة فى مثل هذه الأحوال وهو يوافق المحاضر على اعتماده على الاعراض الظاهرية ويرى أن ٣٦ ساعة بعد ظهور القيح مع عدم وجود التهابات الخ هو الحد الاقصى لنجاح العلاج الاجهاضى . وقال الدكتور احمد حامد أن ميكروبات السيلان فى أول المرض تظهر معظمها داخل الخلايا البيضاء وليس خارجها وأن الصفة الأخيرة اكثر ظهورها فى أواخر المرض أو بعد مدة من بدئه وقال المحاضر الدكتور عطيه : انه يرى أن ما ذكره الدكتور صبرى هو احدى الطرق الخاصة التى عدد كثيراً منها فى محاضرته ولكن هذا لا يعنى أن الطرق الأخرى التى يعتمد فى القيام بها على العلامات الظاهرة غير جديرة بالنجاح

وقال الدكتور نجيب افندى قناوى انه سمع من المحاضرة أن الارجيرول يصبغ الايدى بصبغة من الصعب ازالتها ولكنه يعلم أن محلول السليمانى يزيلها بسهولة تامه

ثم ذكر الدكتور احمد افندى كمال الدين أن طرق العلاج الاجهاضى للزهرى والسيلان من الصعب اتباعها فى هذا القطر نظراً لاهمال المرضى وعدم نباهتهم وسأل المحاضر عن عدد الذين عالجهم بهذه الصفة فى عيادته الخصوصية

فأجابه المحاضر موافقاً ومتأسفاً على هذه الحالة الموجودة عند جميع المصريين وانه فى مدة سنتين لم يقم بعلاج اجهاضى للسيلان الا لستة فقط

وذكر الدكتور عبد الرحمن افندى الرافعى رأيه فى أن العلاج الاجهاضى حيث أنه يستعمل فيه دائماً تحاليل قوية من مركبات الفضة وغيرها ففيه خطر الكى وانتشار العدوى الى أعلا كما حدث أخيراً لمريض حقن بمادة قوية وكانت نتيجتها الوفاة

فابان المحاضر أنه يستعمل طريقته التى ذكرها أخيراً فى محاضرته ولم يذكر الطرق الاخرى التى يستعمل فيها مواد قوية الا للعلم بها فقط

ثم دارت مناقشات أخرى علمية غير ذلك

ثم دعى حضرة الدكتور زكى افندى مختار الجزيرى لالقاء اقتراحه عن (انشاء مستشفى) فطلب ارجاء ذلك الى جلسة مقبلة

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء السكرتير

عبد الواحد الوكيل

تقريظ الكتب ونقدها

شكر واهداء

أهدانا حضرة الدكتور حسن افندى كامل الطبيب بشبرا كتابه (طبيب العائلة) وانا لنشكر حضرته على هديته ونقدر له مجهوده ونتمنى أن يكثر فى الكنانة أمثاله حتى يعيدوا الى العربية بهجتها وسنوفى الكتاب حقه فى عدد تال

محمد على

اعتادت جريدة الهلال أن تزف الى الأمة المصرية كل عام بكراً من بنات افكار مشاهير الكتاب . ولقد اختارت هذا العام كتاباً قيما . كتاباً يجدر بابناء مصر اقتناءه واستيعابه . كتاباً يدل اسمه على ما لصاحبه من فضل فى نهضة مصر الحديثة بل هو الموجد والمنشئ لمصر الفتية . ذلك هو محمد على الكبير جد الأسرة المالكية المصرية

وانا لنشكر ادارة الهلال على هديتها ونغبطها على حسن اختيارها خصوصاً ونحن فى نهضتنا الحاضرة أحوج ما نحتاج اليه لذكر صفات بطل عرف بما انطوت عليه حنايا ضلوعه من سجايا وشمم لينفخ فى مصر روح الحياة والاستقلال

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها بالأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

معامل كلان

نمرة ٢٠ شارع دى فوسيه — سان جاك . باريس

حقن كلان

الستريكنو — فوسفورو الزرنيخية

حقن كلان نمرة ٥٩٦	كا كوديلات الصودا ٠٥ رجم جليسروفوسفات الصودا ١٠،٠ رجم سلفات الاستركنين ½ ٠ مليجرام	فى كل سنتيمتر مكعب	٦ و ١٢ امبول سعة واحد سنتيمتر مكعب فى كل علبة
أو نمرة ٧٩٦	سلفات الاستريونتين ٠١ مليجرام		

مقوى عمومى للجهاز العصبى

ومضاد للأنيميا (أى فقر الدم)

نقط كلان الستريكنو فوسفورو الزرنيخية

تؤدى ذات التأثير العلاجى بطريقة الجهاز الهضمى

أنابيب كلان المعقمة

تحتوى الأمبول على كل أنواع الأدوية المستعملة للحقن تحت الجلد

تحضر معامل كلان (منذ بدء العلاج بالحقن تحت الجلد كل الأدوية الممكن حقنها فى أنابيب معقمة وقد مكنتهم الخبرة الطويلة والمعلومات الدقيقة المكتسبة من مختلف المسائل الفنية التى ساعدت للوصول الى طريقة الحقن تحت الجلد من تقديم كل الضمانات المطلوبة وبالاخص فيما يتعلق بنقاوة وضبط مقادير الادوية والمحلولات

ومعامل كلان مستعدة لان تقدم لمن يطلب ذلك بيان الطرق العادية التى تتبعها فى تركيب كل المستحضرات الموضحة فى كتلوجها .

جاسترو – سودين

Gastro - Sodine

المعـدة

الامعـاء

وامراضهما

وعلاجهما

بأملاح الصودا

بحبـه

قابلة للذوبان

التهاب معدى

التهاب معوى

زيادة الافراز الحمضى المعدى

القرحة البسيطة المعدية

زيادة الافراز المعدى

عسر الهضم العصبى

تمدد معدى. سقوط المعدة

أورام خبيثة

جاسترو – سودين (تركيب S)

مركب (من Naso 4 النقية كيمائياً)

طريقة الاستعمال : انظر كراسة الارشادات الطبية وهذه يمكن الحصول عليها من روبير جيرو صندوق البوستة نمرة ١٣٠ شارع المينا الشرقية نمرة ٢١ (أمام لوكندة سميراميس) باسكندرية (القطر المصرى)

الوكيل العام لمصر وملحقاتها



ميدى
مرهم ميدى
لبوس ميدى
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
ادرينالين
استوفايين
انستيزين
يحتوى
خلاصة ابو فروه الهندى جديدة وثابتة
للبواسير
حبيبات فواره
پيپرازين ميدى
لابد من الاعتراف هنا بالمكانة العظمى التى يلقاها البيپرازين ميدى لدى جمهور الاطباء والمرضى وان الادوية الحديثة ما هى الا مسميات ولا تضاهى ابدا ما لهذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور هوشار
من ملعقة الى ست ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحموضة البوليك

﴿ فيلاكوجين ﴾ صنع محل بارك ودفيز الكيماوية

PHYLACOGENS (PARKE, DAVIS & Co.)

ألم تستعمل للآن الفيلاكوجين ؟ فهى محاليل مائية عقيمة محتوية فقط على المواد المحولة التى تفرزها ميكروبات متعددة النوع جرى نموها في مزارع صناعية اما الميكروبات نفسها فتقتل ثم تفصل من هذه المحاليل بالترشيح . وقد اتى استعمال الفيلاكوجين بفوائد عظيمة في امراض الرومانزم والسيلان والحمره والالتهاب الرئوي والحمى التيفودية وغيرها من الامراض المعدية . يباع الفيلاكوجين فى زجاجات تسع ١٠ سنتمترات مكعبة

﴿ الادرنالين ﴾ (صنع معامل بارك ودفيز الكيماوية)

ADRENALINE (PARKE, DAVIR & Co.)

ان اول مكتشف الادرنالين هو الدكتور تاكامين وكان ذلك بمعامل بارك ودفيز الكيماوية سنة ١٩٠٠ ولا تزال طريقة تحضيره الاصلية متبعة للان وذلك من الغدد أعلى الكلى الصالحة . فانا موصي حضرات الاطباء باستعمال سائل الادرنالين وحقن الادرنالين صنع معاملنا لثقتنا فى تأثيرها . ولقد برهنت التجارب العديدة على ان سائل الادرنالين الطبيعي صنعنا لا يتأثر ولا يتحلل بالغلي كما هو حال الادرنالين الصناعي

﴿ هيموبلاستين * قاطع للنزيف وقابض ﴾

(تحضير معامل بارك ودفيز الكيماويه)

HEMOPLASTIN (PARKE DAVIS & Co.)

ان الهيموبلستين المحضر في معامل بارك ودفيز الكيماوية يحتوى على كل العناصر التى بها يتجمد الدم ولذا صار احسن واسرع قاطع للنزيف وخصوصاً ان حقن به المريض قبل اجراء عملية جراحية له . وتستعمل الهيموبلاستين حقناً في الشرايين والعضلات تحت الجلد بمقدار سنتيمترين مكعبين كل اربع اوست ساعات حتى ينقطع النزيف . يباع الهيموبلاستين داخل زجاجات سعة سنتيمترين مكعبين

العدد السادس — يونيو سنة ١٩٢٣ — السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية
لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

رئيس التحرير : الدكتور عبد الحميد العرابى جراح بمستشفى عباس

الأعضاء:
الدكتور ابراهيم الشوربجى بك طبيب أمراض النساء والولادة بالقاهرة
« احمد بك فهمى الرشيد — مفتش أول قسم الرمد بمصلحة الصحة
« محمد عبد الحى الطبيب بالقاهرة
« محمود عرفان الطبيب بمستشفى قصر العينى
« محمد حمدى الطبيب بالمعمل البكتريولوجى

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السادس | يونيو سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

مرض الانكلستوما فى مصر

وضرورة البحث فى طرق مقاومته

للدكتور محمد خليل

مساعد مدير مباحث البلهارسيا والانكلستوما بمصلحة الصحة

انى لسعيد بأن أتقدم لحضراتكم ببعض ملاحظات عامة على الانكلستوما من حيث هى مرض يصيب المجموع وشرح الطريقة التى اتبعت فى بعض البلاد الأجنبية لمقاومة هذا المرض — ربما كانت الانكلستوما بعد البلهارسيا أكثر الأمراض انتشاراً فى هذا القطر ولهذا فجدير بهذه الجمعية أن تعنى عناية كبيرة ببحث هذا المرض

ان هناك شعوراً سائداً بين الأطباء ليس فى مصر فقط ولكن فى جميع أنحاء العالم باننا نعلم الآن كل ما يمكن العلم به عن حياة الانكلستوما وتأثيرها على جسم الانسان ولذلك لا موضع للبحث فيها وانى سأقصر كلامى الليلة على

بيان أوجه النقص فى معلوماتنا عن الانكلستوما وما تحدثه من الاعراض مما يظهر ان هناك مجالا واسعاً للبحث والاستقصاء

تاريخ المرض

يرجع تاريخ بحث هذا المرض الى عصر قدماء المصريين فقد قرر ستو يتهاور فى سنة ١٨٨١ ووافقه « يواقيم » ان مرض الانكلستوما ورد ذكره فى ورقة البردى المسماة « بأيبرس » التى يرجع تاريخها الى ١٥٥٠ قبل المسيح وقد جاءفيها ان هناك مرضين يسميان A A A ويها Y H A وسببهما دودة أرسلها آله الموت نفسه ولكن هناك شك فى صحة تأويل هذين المرضين

وورد فى كتاب «القانون فى الطب» لابن سينا (٩٨١ — ١٠٣٧ ميلادية) وصفاً لاحدى ديدان الامعاء التى سماها « الدودة المستديرة » وبدرس هذه الاوصاف والاعراض الناشئة عنها تحققت بانها ما نسميه اليوم بدودة الانكلستوما وبذلك يكون ما كتبه ابن سينا أول اكتشاف لا ريب فى صحته لديدان الانكلستوما والمرض الناشىء عنها وفى سنة ١٨٣٨ وجد « انجيلو دوبينى » ديدان الانكلستوما فى امعاء امرأة ماتت بالتهاب رئوى فى مدينة ميلان وفى سنة ١٨٤٣ طبع هذا الباحث مؤلفاً سمى فيه هذه الدودة باسمها التى تعرف به الآن (Ancylostomum duodenale) ولكن فى ذلك الوقت لم يعلم ان هذه الديدان تحدث مرضاً فى الانسان

وفى سنة ١٨٤٧ وجد « برونر » فى القاهرة ديدان الانكلستوما فى الامعاء أثناء قيامه بعمل الصفات التشريحية على موتى من المصريين

ويرجع الفضل فى اكتشاف علاقة المرض المعروف « بفقر الدم المصرى » (الرهقان) بديدان الانكلستوما الى تيودور بلهارس (١٨٥٣) وجريسنجر Griesinger (١٨٥٤) وكلاهما من أساتذة مدرسة الطب فى مصر فى ذلك

العهد وقد أظهرا ان ٢٥ ٪ من أسباب الوفاة فى مصر ترجع الى تأثير هذه الديدان

رغماً عن أهمية اكتشاف بلهارس وجريسنجر يظهر ان درس الانكلستوما أهمل فى مصر ولكنه لم يهمل فى البلاد الاخرى ولعل بعض الحضور من الملمين بآداب الطب العربى فى مصر فى ذلك العهد يذكرون شيئاً كتب عن الانكلستوما فى ذلك الوقت

وفى سنة ١٨٧٧ اكتشف الاستاذ « جراسى » والاخوان « بارونا » فى ايطاليا طريقة تشخيص الانكلوستوما ببحث البراز مكروسكو بيا ووجود بويضات هذه الديدان وذلك بلا شك من اعظم الاكتشافات نفعاً فى علم الطفيليات اذ به صار فى الأمكان تشخيص الطفيليات المعوية بدقة وسهولة واستعمال ما يناسبها من العلاج

وفى سنة ١٨٨٠ ظهر مرض مميت فى عمال نفق «St. Gothard» بشكل مريع أزعج كل أوربا خصوصاً الحكومة الايطالية لأن اكثر العمال فى ذلك النفق ينتمون اليها وقد أثبت البحث حينئذ ان الانكلستوما سبب هذا المرض ومما هو جدير بالذكر ان الاطباء الذين عهد اليهم بحث هذا المرض وصفوا اعراضاً رئوية سابقة لظهور الانيميا فى مرض « سنت جوثارد » مما يدل على مقدرتهم الاكلنيكية فى ذلك الوقت ، وليس هناك شك فى أن تلك الاعراض كانت نتيجة عبور الانكلستوما فى الرئة كما اكتشف ذلك الاستاذ لوس فيما بعد ورغماً من انتشار الانكلستوما فى مصر فى الوقت الحاضر فلم يشر أحد من الاطباء الى مثل تلك الاعراض وفى سنة ١٨٩٨ اكتشف الاستاذ لوس فى مصر عدوى الانكلستوما بطريق الجلد وذلك الاكتشاف استلزم تغيير طرق مكافحة المرض وأماط اللثام عن اعراض كثيرة فى مرض الانكلستوما لم يمكن تعليلها من قبل

وفى سنة ١٩٠٣ اكتشف Stiles نوعاً جديداً من الانكلستوما فى امريكا

سماه Necator americanos وقد ظهر فيما بعد ان هذا النوع اكثر انتشاراً من Ancyl. duodenale ومنشأه الدنيا القديمـة لا أمريكا وقد نقله الى هناك الافريقيون أيام الاتجار بالرقيق

وفى سنة ١٩٠٩ ألف روكفلر المتمول الامريكى الشهير لجنـة لدرس الانكلستوما ومعالجتها فى المقاطعات الجنوبية من الولايات المتحدة وبذلك ابتدأت فكرة مقاومة المرض وقد أظهرت هذه اللجنة لأهل هذه الجهات تأثير ذلك المرض مادياً وأدبياً ولذلك اشتركت السلطات الصحية فى معاونة هذه اللجنة بعلاج المصابين واقامة مراحيض صحية فى المنازل وحض جميـع السكان على استعمالها مبينين لهم الفوائد الصحية التى تعود عليهم من ذلك

وقد اتسع ميدان عمـل هذه اللجنة فتناول أقطاراً متعددة فى مختلف انحاء العالم حتى بلغ عدد من فحصوا لغاية سنة ١٩٢٢ ٤٫٠٠٠٫٠٠٠ نسمة وجد بينهم اكثر من ٢٫٠٠٠٫٠٠٠ مصاباً بالانكلستوما وعولج معظمهم حتى درجة الشفاء وبلغ ما أنفق على هذه الاعمال ٣٫٠٥٠٫٤١١٫٣٠ دولاراً أو ٦٠٠٫٠٠٠ جنيه تقريباً وهذه اللجنة لا تخص بمساعدتها أمة دون أخرى ولكنها تشترط قبل نزولها الى ميدان العمل أن تتعهد الحـكومة بتحسين الحالة الصحية بانشاء المراحيض والمحافظة عليها وتعميمها فى المنازل حتى تكون النتائج التى يحصل عليها دائمـة وفى الوقت الحاضر تقوم هذه اللجنة بمكافحة المرض فى ٤٠ مملـكة وولاية فى استراليا وجزر المحيط الهـادى والهند وأمريكا وقد قامت هـذه اللجنة بمباحث تمهيدية فى مصر سـنة ١٩١٤ — ١٩١٥ للوقوف على مبلغ انتشار هذا المرض ولـكن نظراً للحرب الـكبرى والاضطرابات السياسـية وأسباب أخرى لا محل لذكرها قد توقف العمل وينتظر اذا ساد الشعور هنا بأهمية مقاومة هذا المرض فى جميع أنحاء القطر انلا تحجم هذه اللجنة عن مد يد المساعدة لمصر مساعدة لا يستهان بها فى عمل عظيم كهذا يحتاج لنفقات

طائلة . ومبدأ هذه اللجنة أنها تقوم بجميع مصاريف التشخيص والعلاج وتعليم الاهالى شيئاً من المرض وتحمل الحكومة نفقات انشاء مراحيض صحية وصيانتها

حالة المرض فى مصر

مرض الانكلستوما كثير الانتشار فى القطر المصرى ويشاهد فى عدد عظيم من المرضى الذين يأمون المستشفيات للعلاج ونسبة المصابين به كبيرة جداً غير أن مبلغ انتشار هذا المرض فى مختلف أنحاء القطر المصرى هو محل للبحث اذ تنقصنا للآن المعلومات الدقيقة عن ذلك

إحصاء سنتى ١٩١٤ و١٩١٥

فى سنتى ١٩١٤ و ١٩١٥ قامت مصلحة الصحة بمساعدة لجنة روكفلر بفحص عدد من السكان فى كل مركز من مراكز مديريتى الشرقية وأسيوط للوقوف على مبلغ انتشار المرض بين أهالى هاتين المديريتين وقد دل الاحصاء على أن هناك ما لا يقل عن ٦٣٪ بالمئة من السكان مصابون بعدوى هذا المرض وقد كانت الطريقة التى اتبعت فى تشخيص المرض وقتئذ لا تمكن من اكتشاف الحالات التى بها عدد قليل من الديدان وعلى ذلك يقدر نقص الاحصاء بمقدار يتراوح بين ١٠ ، ٢٠ بالمئة

ولو فرض أن نسبة الاصابة بالمرض فى باقى مديريات القطر المصرى بهذا القدر وليس هناك من المعلومات ما يحمل على عكس ذلك — لامكننا القول بأن هناك اكثر من ثمانية ملايين مصرى مصابون بالانكلستوما ولكان ذلك مما يدعو الى الاهتمام الشديد والعناية العظمى وقيام المسئولين عن صحة سكان هذه البلاد بمجهودات كبيرة فى مكافحة المرض

تأثير الاصابة بالانكلستوما

ان الاعراض التى تنشأ عن الاصابة بالرهقان ليست من الاعراض الفجائية التى تستلفت نظر المريض والطبيب على السواء ولكنها اعراض بطيئة وتظهر تدريجاً حتى انه ليس هنالك بين المرضى بهذا الداء من يستطيع أن يعين تاريخ بدء الاصابة ولا كيفية سير المرض وقل من يعتقد رغم ضعفه بأنه مريض وذلك لانه طول حياته لم ينل نعمة الصحة التامة

وأهم تأثيرات الانكلستوما

١ — ضعف القوة البدنية وذلك يمكن تقديره على وجه التقريب بنسبة وجود الهموجلوبين فى الدم وقد وجد أن متوسط مقدار الهموجلوبين عند سكان بعض القرى فى مصر يتراوح بين ٥٠ — ٧٠ بالمئة وهذا يبين ضياعاً كبيراً فى المجهودات البدنية — تلك المجهودات التى هى منبع ثروة هذه البلاد التى يشتغل معظم سكانها بالزراعة

ومن النتائج التى تشاهد عقب علاج المصابين بالانكلستوما ازدياد نسبة الهموجلوبين فى الدم وزيادة فى وزن الجسم

٢ — الاصابة بالانكلستوما تمهد الطريق للاصابة بالأمراض المعدية الحادة وذلك لضعف مقاومة الجسم الطبيعية للمؤثرات المسببة للمرض وتزيد بين هؤلاء نسبة الوفيات بهذه الأمراض الثانوية عما لو كانوا أصحاء فقد شوهد فى وباء «الأنفلونزا» عام ١٩١٨ فى جزيرة سيلان أن نسبة الوفاة بهذا المرض بين المصابين بالانكلستوما كانت ضعف نسبة وفيات الذين كانوا قد عولجوا وتم شفاؤهم منها

٣ — يشاهد فى المناطق التى عولج جميع سكانها من عدوى الانكلستوما نقص عظيم فى عدد المرضى الذين يؤمون المستشفيات للمعالجة من الأمراض الأخرى وقد قدر هذا النقص فى بعض الجهات من جزيرة « ترينداد » من جزر الهند الغربية بثلثى مجموع المرضى أو بعبارة أخرى قد نقص متوسط عدد

المرضى الذين يزورون المستشفيات فى تلك الجهة الى ما يقرب من ٦٦ بالمئة من من عددهم قبل علاج الانكلستوما فى تلك الجهة .

٤ — تأثير الانكلستوما على عدد المواليد

لقد شوهد فى جميع الجهات الموبوءة بهـذا المرض نقص نسبي فى عدد المواليد ويعزى ذلك الى جملة أسباب اهمها اجهاض الحوامل المصابات بهذا المرض ففى بعض الجهات من جزر الهند الغربية الموبوءة بهذا المرض قلما يأخذ الحمل مجراه الطبيعى لدى النساء الا أن الحال تغيرت عقب العلاج ومما يعزى الى عدوى الانكلستوما ايضـاً العقم عند الرجال والنساء ومع هذا فان تأثير الانكلستوما على المواليد فى مصر لم يتناول البحث رغماً عما لهذا الموضوع من الاهمية الـكبرى

٥ — علاقة مرض الانكلستوما بالتعليم

أن الانكلستوما عندالاطفال أشد ضرراً منها عند البالغين فيشاهد عندهم بطء فى نمو الجسم وجمود فى المواهب العقلية وقد لوحظ عند فحص التلاميذ الذين يرسبون فى الامتحانات والذين لا يلتفتون اثناء تلقى الدروس أو يدل كلامهم أو مناقشتهم على الغباوة انهم اشد عدوى بالانكلستوما من باقى التلاميذ . وعلى العكس فقد شوهد تحسن مدهش فى قواهم العقلية وفى انكبابهم على الدرس والتحصيل والمثابرة على العمل بعد علاجهم الى درجة الشفاء .

وحدث فى اوغندا أن المدرسين الذين شاهدوا هذا التقدم المدهش قد اخذوا يعالجون كل التلاميذ المتأخرين عن رفقائهم بالادوية الناجعة وقد اصبح ذلك أمراً عادياً يتبع دون فحص سابق (للتحقق من اصابتهم) وذلك لانه لا يتيسر وجود الاطباء فى كل جهات هذه المستعمرة .

وقد اجريت ابحاث دقيقة فى استراليا لتقدير مدى ذلك التأخير فى ذكاء التلاميذ فظهر أن الاطفال المصابون بشدة يقدر تأخرهم العقلى بمقدار ١٩٫٥ شهر

اذا اتبعت طريقة بنيت سيمون « Binet simon » ، ٣ ر ١٣ شهور اذا اتبعت طريقة بورتيس Porteus . اما الاطفال الاخف اصابة فقد قدر تأخرهم ب ٢ — ٥ شهور

وأذكر بهذه المناسبة ما تقوم به الآن وزارة المعارف من فحص تلاميذ المدارس بقصد معالجة المرضى منهم بالبلهارسيا وحبذا لو يمتد عمل الوزارة حتى يشمل مرض الانكلستوما أيضاً . وكم يكون من المفيد جداً علمياً وعملياً لو اشترك الأساتذة فى ملاحظة درجة تقدم التلاميذ قبل و بعد علاج هذين المرضين . أضف الى ما تقدم ان عدوى الانكلستوما تؤثر تأثيراً سيئاً على القوى البدنية والعقلية للامة فتنحط على ممر الازمان عن مستوى الامم الاخرى بخلاف الامراض المعدية الحادة فانها تودى بحياة الافراد الضعاف ولكنها تترك الباقين أصحاء وهى بهذا لا يكون لها من الضرر ما لتلك التى تلازم الامة فى كل أدوار حياتها كالانكلستوما والبلهارسيا

وقد كتب أحد الساسة الانجليز فى هذا الصدد فقال ان مستقبل مصر معلق على جهودها ضد مرض الانكلستوما والبلهارسيا اللذين يفتكان بالاهالى فان أمكن ايقاف سير هذين المرضين فان مستقبل البلاد يكون زاهراً والا كان نحساً وهذا القول جدير بكل اعتبار

شفاء المصابين بعدوى الانكلستوما

يلاحظ أن هناك فرقا كبيراً بين مرضى الانكلستوما وعدوى الانكلستوما فالمرض كان معروفاً فى مصر قبل اكتشاف ديدان الانكلستوما وأطلق عليه اسم فقر الدم المصرى وهذا المرض عبارة عن حالة اكلينيكية قائمة بذاتها لها أمراض خاصة لايحتاج فيها للفحص بالميكرسكوب ولكن نظراً لضرورة التأكد من تشخيص المرض يجب أن يلجأ الى ذلك الفحص

اما عدوى الانكلستوما فتطلق على المصابين بتلك الديدان بلا اعراض ظاهرة بادية للطبيب وبلا شكوى من جهة المريض ولا يمكن اكتشافها الا ببحث البراز فى كل حالة والعثور على بويضات تلك الديدان

وهذا التقسيم مهم جداً من الوجهة الصحية فمرضى الانكلستوما يذعنون للعلاج ولكن من بهم عدوى الانكلستوما لا يستشيرون الطبيب ويكونون خطراً دائماً على صحة المجموع بنشرهم العدوى وتلويثهم الارض وفى حالة ما اذا أريد عمل حملة ضد المرض لا يذعنون لاعطاء عينات لفحصها بسهولة

ولذلك فللقيام بعلاج المصابين بالانكلستوما فى أى بلد ما يجب فحص كل السكان صغيرهم وكبيرهم غنيهم وفقيرهم بلا تمييز حتى يمكن العثور على كل من به أصابة وتطهيره منها

طرق فحص البراز لتشخيص عدوى الانكلستوما

الطريقة المثلى لتشخيص الانكلستوما ترمى الى اكتشاف البويضات فى حالة العدوى بذكر وأنثى من الانكلستوما فقط ولا يخفى ان تلك الطرق لا تفيد اذا كانت العدوى بذكر الانكلستوما فقط أو انثاه فقط ولكن ذلك الفرض تصورى اكثر منه عملى اذا انه اذا تعددت الديدان يتساوى تقريباً الذكور بالاناث وقد قدر بعض الباحثين بان انثى الانكلستوما تخرج من ٤٢٧ الى ٧٤٥٤ بويضه فى اليوم وبراز الفرد فى الامم النباتية يقرب من ٣٠٠ جم فى اليوم

يستنتج من ذلك انه يجب فحص على الاقل ½ — ١ جم والاوفق ١ جم من البراز بحثاً دقيقاً للتأكد من وجود الانكلستوما

فبالطريقة العادية أى عمل لطخة على لوح زجاج يستدعى عمل ٥٠ — ٨٠ لوح للتأكد من النتيجة وذلك يستدعى ساعات متعددة مما يجعل تلك الطريقة لا فائدة منها الا فى الحالات التى بها عدد كبير من الديدان وتقدر نسبة الخطأ

فى هذه الطريقة اذا اقتصرنا على استعمال ثلاثة الواح فقط ب ٥٠ ٪ من الحالات البسيطة

ولقـد دعا ذلك النقص للبحث عن طرق أخرى تجمع البويضات فى قدر صغير يسهل فحصه وقد اقترح لذلك ١٤ طريقة كل لها أنصار ومحبذين بين الباحثين ولـكن هناك متسع لغير المتشيعين فى مقارنة تلك الطرق بعضها ببعض للوصول الى أدقها واسهلها فى العمل

وأساس هذه الطرق المتعددة احدى الصفات الاتية :

١ التصفية بمصفى تسمح للبويضات بالمرور وتمنع ما كان أكبر منها حجما

٢ Centrifugalisation حتى ترسب البويضات وتترك الاجسام الاقل منها كثافة فى السائل

٣ خاصة التصاق بويضات الانكلستوما بالزجاج دون الاجسام الاخرى

٤ خاصة الطفو أى أن الانكلستوما تطفو فى السوائل التى تزيد كثافتها عن ١٢٠٠

٥ Supface tension و بعض الطرق يجمع أكثر من واحدة من هذه المميزات

مكافحة الانكلستوما

طريق مكافحة الانكلستوما معلوم وسهل الشرح قولا وكتابة ولـكن دون القيام به عملياً صعوبات جمة يعسر التغلب عليها فى كل ممالك الارض التى بها هذا المرض وقد انفق بعضهم المال الـكثير وقام بأعمال جسيمة ولم يتمكن من استئصال المرض نهائياً ولو أن بعضهم كبح جماحه زمناً ما

وليس أدل على تلك الصعوبات من أن لجنة روكفلر رغماً من بذلها الاموال

بسخاء لم تنجح بعد خمسة عشر عاماً من مجاهدتها فى أرجاء مختلفة من المعمورة أو تشير الى مكان ما وتقول ان هذا المكان كان وطناً للانكلستوما وقد صار الآن خالياً منها

ففى جزيرة «الها» بالبرازيل ابتدئ العمل لمقاومة الانكلستوما فى أغسطس سنة ١٩١٨ وانتهى فى أغسطس سنة ١٩١٩ و بفحص جميع السكان وجد أن ٢و٧١ ٪ مصابون بعدوى الانكلستوما وقد عولج ٩٠ ٪ من المصابين وقد ألزمت حكومة البرازيل سكان هذه الجزيرة بعمل مراحيض صحية أشارت بها لجنة روكفلر حتى أنه فى أغسطس سنة ١٩١٩ أصبح ٧٥ ٪ من المنازل ذا مراحيض صحية

وقد أنشأت الحكومة فى هذه الجهة مستوصفاً لعلاج جميع الامراض والتفتيش على الاجهزة الصحية وقد كان من شروط هذا المستوصف أنه لا يكشف فيه على مريض ما الا بعد احضاره عينة من برازه لفحصها للتأكد من عدواه بالانكلستوما أو خلوه منها وعلاجه اذا لزم ذلك وفى سنتى ١٩١٩ ، ١٩٢٠ لوحظ فى المستوصف أن ٧٠ ٪ من المرضى مصابون بعدوى الانكلستوما وكثير منهم ممن قد سبق علاجهم وشفاؤهم منها فى سنة ١٩١٨ — ١٩١٩

ونظراً لهذه النتيجة عادت لجنة روكفلر لفحص جميع سكان هذه الجزيرة وقد وجد أن ٦٩ ٪ من السكان مصابون بعدوى الانكلستوما فكأن الحالة رجعت الى ما كانت عليه قبل القيام بحملة مقاومة الانكلستوما

ولكن فى الحقيقة أن الحالة ليست رديئة جداً كما يتبادر الى الذهن من مقارنة هذه الارقام فرغماً من أن نسبة العدوى بين السكان لم تتغير بعد القيام بالاعمال الوقائية عما كانت عليه قبل ذلك فشدة هذه العدوى تحسنت وقدر ذلك بأن متوسط عدد ما يأويه كل فرد من الديدان قبل القيام بالاعمال الوقائية كان ٣٢٩ وقد نقص ذلك الى ١٤ بعد الانتهاء منها

لا يسع الباحث أمام هذه الحقائق الا أن يتسائل عن سبب هذا الاخفاق

فى مقاومة الانكلستوما والجواب على ذلك هو أنه رغماً عن ما نعلم من تاريخ حياة الانكلستوما فلا تزال معلوماتنا ناقصة عن دقائق حياتها خارج الجسم الانسانى وعن الفواعل الطبيعية وغيرها التى تساعد على العدوى حتى اننا لا نعرف بالتأكيد أمكنة العدوى أهل هى فى التراب أم فى الماء أم على سيقان النباتات وهل يمكن لوليد الانكلستوما أن يعيش وقتاً طويلا فى الارض أم أن حياته محدودة وهل يمكنه الانتشار فى الجهات المجاورة أم لا وكل ما نعرفه أو سمعنا به عن هذه المسائل لا يخرج عن مجرد الظنون والشبهات التى بنيت على ملاحظات محدودة ولم تقم الدلائل العلمية على تأييده أو رفضه

نظرياً لمكافحة الانكلستوما يجب

(أولا) منع تلوث الارض ومجارى المياه بالمواد البرازية التى تحتوى على بويضات هذه الديدان

(ثانياً) شفاء المصابين بهذه العدوى من السكان مهما كانت العدوى خفيفة

ومن الواجب القيام بهذين الامرين على هذا الترتيب اذ لا فائدة للمجموع من علاج المصابين اذا استمرت أسباب العدوى موجودة فان هؤلاء المصابين بعد شفائهم يرجعون الى ما كانوا عليه فتصيبهم عدوى المرض ثانياً بعد زمن ما

على انه يوجد فى كل مجموع مصابون بعدوى الانكلستوما أقعدهم المرض عن العمل وهم فى حاجة الى الاسعاف فتحتم فى أغلب الاحيان القيام بعلاج المصابين توطئة لمقاومة المرض ولكن لا يغيب عن ذهننا أن هذه عملية اسعاف ليس الا وليس لها أثر يذكر فى مكافحة المرض وهذا الاسعاف هو الذى تقوم به مصلحة الصحة الآن بانشاء مستشفيات فى جهات عديدة من القطر المصرى لعلاج من يأتى مختاراً للمداواة وذلك توطئة للاعمال الوقائية التى ينتظر منها نتائج دائمة على أنه لو اعتنى بتلك المستشفيات وأمكن الوثوق بنتائجها لساعدت فى جمع معلومات ذات شأن عن ذلك المرض

منع تلوث الارض ومجارى المياه بالمواد البرازية

بطبيعة الحال تلوث الارض عام فى القرى والمزارع وقليل فى المدن الكبيرة وكذلك عدوى الانكلستوما فهى أكثر انتشاراً فى القرى من المدن وسبب ذلك خلو نسبة مختلفة من المنازل فى القرى من المراحيض وخلو المزارع تماماً منها زد على ذلك ان أكثر سكان القرى نظراً لفقرهم يسيرون حفاة وبذلك يعرضون أرجلهم لما يكون فى الارض أو الماء من وليد الانكلستوما

لمنع هذا التلوث يلزم اقامة مراحيض فى كل منازل القرى وحمل الاهالى على استعمالها والامتناع من التبرز فى الخلاء حول المنازل أو قرب جداول المياه

لنجاح هذا المشروع يجب ان يوفى ذلك المرحاض الشروط الآتية بقدر الامكان

١ أن يمنع نمو بويضات الانكلستوما أو يقتلها ويمنعها من الانتشار خارجه سواء بالزحف على الجدران أو بالتسلق بين مسام الارض أو عند تفريغ ما فيه وحمله الى المزارع وليس بين المراحيض العديدة التى استعملت فى حملات الانكلستوما أوأشير باستعمالها فى القرى مرحاض فحص للتحقق من مصير بويضات الانكلستوما فيه وربما كان ذلك من أهم الاسباب التى أدت الى فشل حملات الانكلستوما نسبياً فى تأدية غرضها ومن الغريب انه لم يخطر ببال الاختصاصيين فى علم الصحة والقائمين بمكافحة الانكلستوما البحث فى ذلك وقد كان لى الشرف بأن كنت أول باحث عن مصير تلك البويضات فى تهذيب البراز بالطريقة المسماه "Saptic Tank" التى تعد فى أوروبا أفضل الطرق على الاطلاق Bological Treatement وقد وجدتها تؤخر ولا تمنع نمو بويضات الانكلستوما فى السائل بعد تهذيبه واعداده للانطلاق الى الانهار أو جداول الماء وفى ذلك من الضرر ما لا يخفى وقد أيد هذه النتائج الباحث Mc. Vail فى كلكتا بالهند

علاج الانكلستوما لقد اقترح استعمال ادوية عديدة لطرد ديدان الانكلستوما فى أوقات مختلفة ولكل من هذه الادوية زمن كثر فيه استعمالها ثم اهملت بعد ذلك للعثور على مايفضلها ولكن اغلب هذه الادوية ليس لها فعل مؤكد لانها خلاصات أو زيوت نباتية يختلف تركيبها باختلاف مصدرها وطرق تحضيرها مما دعا الى تفاوت الاراء فى تقدير تأثيرها على ايدى اطباء مختلفين وقد اجمعت الاراء نوعا ما على تفضيل زيت الكنبوبوديوم والتيمول والبيتانافتول وقد اكتشف أخيراً الاستاذ هول فى رابع كلور الكربون دواءاً ناجعاً لطرد الانكلستوما من الحيوانات الداجنة و يبشر ذلك الدواء بالنجاح فى طرد ديدان الانكلستوما من الانسان

ولكن استعماله لا يزال تحت التجربة وقد حصلت بعض وفيات قليلة منه ولكنها لا تدعو الى الفزع وتعزى الى عدم نقاء الادوية التى استعملت وقد جربت هذا الدواء فى حيوانات مختلفة وساستمر فى تجربته حتى تحصل على نتيجة فاصلة فى تأثيره وكيفية استعماله

ويدور البحث على ايجاد دواء نقى بالصفات الآتية ان أمكن

١ ان لا يكون مسما للانسان حتى يترك استعماله للمريض بلا مراقبه
٢ ان لا يحتاج الى عناية خاصة بالمريض وتحضيره قبل معاطاة الدواء
٣ ان لا يلزم المريض بترك اعماله اليومية وملازمته الفراش
٤ ان يطرد جميع ديدان الانكلستوما بجرعة واحدة ولا يحتاج لتكراره
٥ ان يكون رخيص الثمن

وفى الختام ارجو أن يكون فيما اوردته هنا مايدل على اهمية مرض الانكلستوما وضرورة البحث فيه من وجوهه المتعددة حتى يمكن استئصاله أو تخفيف وطأته فى هذه البلاد ليتمكن اطفال المستقبل من أن يشبوا صحاح الابدان والعقول لا تقعدهم عدوى هذا المرض كما أقعدت من سبقهم عن منافسة الامم الحية فى معترك هذه الحياة ؟

الجديد فى دراسة الدرجة الثانية

من الزهرى وأهمية اعتبار الجهاز العصبى

للدكتور ابراهيم صبرى

سادتى

نتكلم اليوم عما جد فى دراسة الدرجة الثانية من الزهرى فنخرج عن موضوعنا ذكر الاشكال الاكلينيكية المختلفة للزهرى فى هذه الدرجة ، ويهمنا فقط اعتبار أساسات الدرجة الثانية ، وكيف يأتى الطفح وكيف يروح ، وما هو دور السكون Latent Period .... الخ تلك هى النقط الجوهرية التى فهمنا من أمرها شيئاً

قد ذكرنا فى المحاضرة السابقة أن عوارض الدرجة الثانية تظهر على الجلد والغشاء المخاطى ، بعد الاسبوع الثامن من العدوى ولو أن اللولبيات الزهرية قد دخلت فى الدورة الدموية وعمت جميع أنحاء الجسم قبل ذلك بزمن غير قصير ، وظلت هناك تتكاثر فى مساكنها الجديدة حتى أواخر الدرجة الاولى وابتداء الدرجة الثانية ، حيث تصل كمية هذه المواد فى الجسم أقصى درجة لها . واللولبيات الزهرية طفيلية على الانسجة الرابطة فقط وعليه فمدة بقائها فى الدم ربما تكون قصيرة جداً وهذا فرق كبير بينها و بين لولبيات الحمى الراجعةالتى تشابهها شكلا ، فالاخيرة طفولية على الدم ، وتبقى دائماً فى الدورة الدموية وتتكاثر هناك وبذلك تحدث التناكس المعروف ، أما الحال فى اللولبيات الزهرية فيختلف عن ذلك بالمرة وربما لا تبق اللولبيات الزهرية فى الدم ، غير زمن قصير ، وذلك أثناء مدة التفريخ الأولى والثانية ، فتدخل اللولبيات الدورة الدموية ، وتعم بهذه الواسطة جميع أعضاء الجسم ، وكل ما عساه يحصل للمريض بعد ذلك ، ناشئ من نمو اللولبيات وتكاثرها موضعياً فى

مستودعاتها فى أنسجة الجسم ، فلا تدخل اللولبيات الدورة الدموية ، وتنتشر

بهذه الواسطة فى أنحاء الجسم مرة أخرى بعد المرة الاولى ، وكل أعراض المرض المستقبلة نتيجة نمو اللولبيات فى المواضع التى سكنتها من أول الأمر ، بعد أن تركت الدورة الدموية مباشرة ، وعليه يستقر مستقبل المرض بعد مدة التفريخ الثانية ، حيث بعد ظهور عوارض الدرجة الثانية ، لا تستجد مستودعات أخرى فى الجسم ، ولا نكون مخطئين اذا قلنا هنا أن الاصابة بالشلل العمومى للمجاذيب أو ال Zabes Dorsalis تبتدئ من هذا التاريخ ، فتصل اللولبيات الى الجهاز العصبى بواسطة الدم ، وتتكاثر فى مستودعاتها فى هذا الجهاز ، طول هذه السنين العديدة ، فتحدث بعدئذ ذلك التغيير الباتولوجى المخصوص ، الذى يتسبب منه هذه الأمراض

وللاعضاء المختلفة ، قابلية مختلفة للولبيات الزهرية ، فالجلد من الاعضاء الا كثر قابلية لنمو اللولبيات فى كثير من الاحوال وقد ذكرنا ان اللولبيات تعم أعضاء الجسم بواسطة الدورة الدموية ، ولكنها لا تلبث أن تموت سريعاً فى بعض الاعضاء وتعيش وتنمو وتتكاثر ، فى أعضاء أخرى ، فالقابلية الشخصية ، التى لا نعرف للآن شيئاً من سرها ، تلعب هنا دوراً كبيراً ، فمثلا هناك نوع من المصابين بالزهرى ، يعترى جلدهم واغشيتهم المخاطية أكثر التغيير ، فيظهر عليهم الطفح باحد أشكاله المختلفة ، ثم يختفى و يعود ويختفى مراراً أخرى بانتظام فى السنتين الاولتين من المرض ، هذا النوع نسميه زهرى الجلد ، وهناك نوع آخر من المصابين بالزهرى ، فى الدرجة الثانية منه ، ولا يظهر عليهم الطفح بالمرة ، أو يظهر انما بشكل ضئيل جداً ففى هذه الاحوال يغلب ان يكون أحد الاعضاء الداخلية مثل الكبد أو الشرايين خصوصاً ال Aorta الأكثر قابلية لنمو اللولبيات ، نعم يمكننا أن نقول هنا — ان لم يكون كقانون فلحقيقة مرتكزة على مشاهدات عديدة — أن الاحوال التى لا يصاب فيها الجلد بشدة ،

يصاب فيها عضو آخر من الاعضاء الداخلية ، خصوصا الجهاز العصبى ، و بالعكس ، ولقد كان علماء الزهرى القدماء على حق فى اعتقادهم ، أن زهرى الجلد ، الذى يظهر فيه الطفح بكثرة و يتكرر ظهوره مراراً ، هو أرحم أنواع الزهرى مستقبلا ، وقد كانوا على بينة من ان مثل هذه الاحوال لا تنتهى يوما ما الى الشلل العمومى للمجاذيب أو ال Tabes اذ أن المصابين بهذه الأمراض ، عادة لا يظهر على جلدهم ، ولا على أغشيتهم المخاطية شىء بينما يكونون فى الدرجة الثانية من المرض ، فاختلاف أنواع الزهرى الاكلينيكية ، مبنى على أى أعضاء المريض اكثر قابلية لنمو اللولبيات ، حيث انه من المعروف لدينا الآن ، ان درجة المناعة للاعضاء المختلفة ، تختلف فى كل انسان ، وان قابلية العضو لغزو اللولبيات له من عدمها هى أهم سبب للاختلافات الاكلينيكية والباثولوجية للزهرى . اذاً من الممكن تقسيم الزهرى من وجهة اصابة الاعضاء المختلفة فى الجسم الى قسمين : قسم تصيب فيه اللولبيات الجلد ، بينما الاعضاء الداخلية تكون اصابتها خفيفة ، وقسم تصيب فيه اللولبيات الاعضاء الداخلية والجهاز العصبى ، بينما تكون اصابة الجلد خفيفة جداً ، ويمكننا اليوم بواسطة امتحان السائل النخاعى ، معرفة هذا القسم الثانى معرفة تامة ، والوقت المناسب الذى يمكننا فيه معالجة المرض ، واتقاء شره ، وسنوفى هذا القسم حقه من البحث فيما يأتى من الكلام ، وتختلف أعراض الجلد فى الدرجة الثانية كثيراً ، كما هو معلوم لديكم ، فنوع الطفح سواء كان بقعى Macular أو حليمى Papular أو حليمى صديدى Papulo - Pustular يتوقف على مقدار تفاعل الانسجة ضد غزو اللولبيات ونوعه ، حيث نعتقد الآن ان الجوار الذى تسكنه اللولبيات هو المقرر لشكل الطفح ، ولا صحة لما كانوا يزعمونه من اختلاف فى شدة وطأة اللولبيات ، Virulence . وكيف لنا الجزم باختلاف فى شدة وطأة اللولبيات كما هى الحالة فى الميكروبات اذا هى مثلا ، دخلت جسما فتخرج منه أقوى مما دخلت ،

والملاحظات كلها تقول عكس ذلك

تعرفون أيها السادة ، أن أعراض الدرجة الثانية ، غالباً ما تسبقها أعراض أولية Prodromal symptoms فيشعر المريض بتغيير فى المزاج ، أو بوجع فى المفاصل ، أو الرأس ، خصوصاً بالليل ، وتبقى هذه الاعراض لمدة ثمانية أيام أو أكثر ، و بظهور الطفح تختفى بسرعة ، ولدينا أحوال أخرى ، تأخذ فيها الاعراض الاولية شكلا غير عادى فترتفع الحرارة ارتفاعا كبيراً بضعة أيام ، وتسوء حالة المريض ، وكثيرا ما يشخص كأنه مصاب باحدى الحميات ، و يظل التشخيص مبهما حتى ظهور الطفح ، وفى هذه الاحوال ، لا يظهر الطفح بالشكل البقعى Macular أو الحليمى الـ Papular ، بل بشكل الحليمى الصديدى Papulo-Pustular خصوصاً ذلك النوع الذى نسميه ، جدرى الزهرى ، أو Variolo Syphilitca ، الذى عادة تسبقه أعراض أولية شديدة ، تجعل التفريق بينه وبين الجدرى الخبيث Variola من الصعوبة بمكان خصوصاً اذا فات الطبيب أن يبحث عن آثار القرحة

ويختلف شكل الطفح من جهة كثرته وترتيبه على الجسم ، كلما قدمت الدرجة الثانية ، فبعد ظهور الطفح لاول مرة ، يبقى مدة ثم يختفى ، سواء عولج أو لم يعالج ، و يعقب ذلك فترة زمنية ، تظهر فيها أعراض على المريض ، ثم يعود الطفح للظهور ثانيا ، وتتكرر هذه العملية مراراً فى السنتين الاولتين ، وتقدر المدة بين ظهور الطفح والطفح بنحو ثلاثة شهور تقريباً ، وبما أن هذا أيها السادة وصف اجمالى لكثير من الاحوال ، فهو طبعاً عرضة لكثير من الاختلافات

وسبب عودة الطفح للظهور ، يرجع بلاشك الى تغيير فى تاريخ حياة اللولبيات فبعد ان تنتعش وتتكاثر فى مساكنها فى الجسم ، وتحدث بذلك التفاعل المعهود الذى يظهر لنا فى شكل الطفح ، ترجع فتدخل فى دور السكون ، وربما يكون

ذلك مصحوبا بتغيير فى جيل اللولبيات القديم ، بجيل آخر ، كما يشير الى ذلك تغيير بسيط وقتئذ فى شكل اللولبيات

ويختلف شكل الطفح الراجع ، عن شكل الطفح الاول اكلينيكيا ، من عدة وجوه خصوصاً اذا كان الطفح من النوع البقعى ، ففى الطفح الاول تكون البقع أو الحلميات عادة كثيرة ، وصغيرة ، ومتساوية فى الحجم ، واذا رجعنا فى فهم هذا الى اعتبار الحالة الباتولوجية ، وكيف ينشأ الطفح ، وكيف تنتشر اللولبيات بواسطة الدورة الدموية فى مستودعات عديدة فى الجلد ، لما صعب علينا تعليل ظهور الطفح الاول بهذا الشكل ، بل لما وجدنا شكلا آخر متفقا مع الحالة الباتولوجية هنا ، فكثرة البقع أو الحلميات الصغيرة ، دليل على كثرة المستودعات الحديثة فى الجلد ، وكونها متساوية فى الحجم ، دليل على أن درجة نموها متساوية فى النوع والكمية ، ولا يلبث هذا الطفح الاول ان يختفى بعد قليل أو كثير من الزمن ، سواء عولجت الحالة أم لم تعالج . وفى كل مرة يكون اختفاء الطفح ، دليلا على دخول اللولبيات فى دور سكون ، ودليلا على تغيير بيولوجى مخصوص فى الانسجة ينشأ عنه قتل كثير من اللولبيات فى مستودعاتها خصوصا اذا كانت الحالة تحت المعالجة ، وعليه فقد يكون مقدار المواد اللولبية فى الجلد أقل بكثير بعد اختفاء الطفح منه عند ظهوره

الآن نريد ان نعرف كيف يعود الطفح للظهور مرة ثانية وأى الاشكال يجب ان يأخذها — لابد لظهور الطفح مرة ثانية ، من رجوع اللولبيات التى لم تصب بسوء والتى لبثت مدة فى دور السكون ، الى النشاط مرة أخرى ، وبما ان عدد المستودعات فى هذه المرة أقل بكثير من عددها فى الطفح الاول — نظراً لهلاك كثير من اللولبيات فى الجسم — فلابد ان يكون عدد البقع أو الحلميات فى الطفح الثانى أقل بكثير منه فى الطفح الاول وليس هذا فقط بل ويكون عرضة لاختلاف فى الحجم نظراً لاختلاف فى نشاط

اللولبياب الموضعية بعد دور السكون من وجهة . ولاختلاف فى درجة المناعة الموضعية للانسجة المحاطة بالمستودعات من وجهة أخرى . فحجم البقعة أو الحليمة . متوقف على درجة السحف اللولبى على الانسجة المجاورة للمستودعات وفى هذا السحف أيضاً تفسير لاندماج البقع بعضها ببعض . الذى هو احدى خاصيات الطفح الراجع . والذى يتولد منه بقعة كبيرة معرجة الحدود . وهناك خاصية أخرى للطفح الراجع . وهى أنه كثيراً ما يكون على شكل الحلقات Ring-worm . وهذا أيضاً متعلق بمناعة الجلد الموضعية . فالانسجة التى لبثت زمناً مسكناً للولبيات . تكتسب درجة من المناعة . لا تطيق اللولبيات بعدئذ المعيشة معها . فتخرج ساحفة الى الجوار . حيث لا وجود لمناعة موضعية . وتهجم على حدود البقعة وبذلك ينتج الشكل الحلقى المعروف . فالمكان الذى كان فى الطفح الاول بقعة يكتسب بعدئذ مناعة موضعية . ويصبح فى الطفح المتكرر منطقة منيعة . يحيط بها بقع أو حلميات جديدة على شكل الحلقة . وباتحاد بعض هذه الحلقات ببعض . تنتج الاشكال المستديرة Orbicular والاشكال الثعبانية Serpiginous التى هى خاصة بالطفح المتكرر . ولا تأتى أبداً فى الطفح الاول . وكلما كثر تكرار الطفح . كلما قل عدد البقع أو الحلميات . وما كان ليكون غير ذلك . حيث أنه فى كل مرة يختفى فيها الطفح تستهلك كمية كبيرة من المواد اللولبية فى الجسم . ففى التكرار الثالث أو الرابع مثلا . لا ترى غير بضع بقع قليلة جداً . وكبيرة فى الحجم . ومكونة من جلد طبيعى فى الوسط يحيط به نوع من الطفح سواء بقعى أو حليمى . واذا وجدنا مثل هذه البقع على جسم انسان . يمكننا أن نحكم فوراً . وبلا تردد . ان هذا الشخص فى الدرجة الثانية القديمة من الزهرى (Late Secondary) ولا تزال المواد اللولبية فى الجسم . تقل كلما قدم بها العهد . حتى تمحى أو لا يبقى منها غير اليسير . ولدينا أحوال كافية لم يعد فيها الطفح للظهور بعد المرة الاولى . طول حياة

المريض . ويمكننا بواسطة العلاج . أن نصل الى هذه الغاية بسهوله

نتكلم الآن على دور الكمون الـ Latent Period تلك المدة التى تبتدىء بعد مضى السنتين الاولتين من العدوى . والتى يحدث فيها من الاعراض ما يكدر صفو المريض . الى درجة أنه لم يعد يتذكر من مرضه شيئاً . و يستمر دور الكمون مخيما كذلك . مدة ست سنوات أو ثمان سنوات أو أكثر أو أقل و بعد ذلك تظهر على جلد بعض المرضى أعراض جديدة . وتقرحات مخصوصة . تختلف كثيراً عن أعراض الدرجة الثانية من الوجهة الاكلينيكية . — تلك التى نسميها الاورام الصمغية . Gumma . وهنا تبتدىء الدرجة الثانية من المرض . فبعد هذا السكون الطويل . كل مدة الكمون . تعود اللولبيات الباقية الى النشاط مرة أخرى . ولكن الانسجة الآن قد تغير حالها البيولوجى . بعد أن آوت اللولبيات طول هذه المدة وأصبحت لا تطيق للولبيات بقاء فى احضانها ولا تتحمل عبثها بها فلم تعد تتأثر لنشاطها بالشكل المعهود فى الدرجة الثانية . بل بشكل آخر — ورم صمغى . وتقرحات . وهذه البيولوجيا هى آخر وسيلة لديها لطرد المواد اللولبية الباقية . والخلاص منها — « كلمة أخرى » تنتج الاورام الصمغية أيضاً من تكاثر اللولبيات موضعياً . تلك اللولبيات التى وصلت الى محل الورم بواسطة الدوره الدموية بينما كان المريض فى الدرجة الاولى . أى من نحو عشر سنوات تقريباً . ولبثت هناك تتقلب بين أدوار السكون والنشاط طول هذه المدة . اذن فمكان الورم الصمغى معين من تاريخ الطفح الاول . وكان يشغل هذا المكان فى ذلك التاريخ بقعة أو حلمية . وما الفرق بين البقعة أو الحليمة والورم الصمغى . الا اختلاف فى التفاعل البيولوجى للانسجة فى الادوار المختلفة للمرض . ضد نشاط جديد من جهة اللولبيات . نفسر هذا الاختلاف فى التفاعل بيولوجيا . بجهاد عظيم من جهة الانسجة للخلاص المؤكد من المواد اللولبية . فالانسجة فى الدرجة الثانية تتفاعل بشكل البقع أو الحلميات فان لم يفلح ذلك

فى هلاك اللولبيات ، لا تتفاعل بهذا الشكل فى الدرجة الثالثة بل بشكل أقدر على هلاكها — ورم صمغى وتقرحات تنتهى بطرد المواد اللولبية الباقية الى الخارج ، هنا قبل ان اختم كلامى على الاساسات الباتولوجية لانتشار الزهرى فى الجسم ، يحسن بى أن أذكركم أن هذا الكلام ، لا يخلو من شواذ قليلة ، لم نراعها نظراً لتمسكنا فقط بالنقط الجوهرية للدرجة الثانية من الزهرى . نبحث الآن فى تفاعل فازرمان ، وما هو وكيف يذلل لنا الصعاب و يكشف عن المرض الستار . فيكون ساعدنا الايمن فى التشخيص ، ورائدنا فى المعالجة . يضيق المجال هنا أيها السادة . عن ذكر كيفية اجراء عملية فازرمان ، وما تحتاجه من التحضيرات وما يحوط بذلك من الصعوبات العديدة ، للحصول على نتيجة يوثق بها و يكفى القول هنا بأنها عملية بيولوجية وعرة الطريق ، صعبة الفهم بل معتبرة أنها للآن غير مفهومة ، ومبنية على وجود ما يسمونه الـ Amboceptor فى دم المصاب بالزهرى ، وتختلف عن العمليات الكيماوية الاخرى ، بدقتها وكثرة تحضيراتها ، ولذا لا يصح أن يقوم بها كل طبيب فى عيادته واذا قام بها فلا يوثق بنتيجته بالمرة ، بل لابد للقيام بهذه العملية ، من معمل كامل الادوات ورجل عالم بحذافيرها ، حتى اذا حصل فى التفاعل شىء لم يكن فى الحسبان — ومثل هذه الاشياء هنا كثير — يمكنه فهمه وتعليله ، وبالجملة فتفاعل فازرمان اختصاص فى نفسه ، وفن لا يستهان به ، ولربما قد لاحظ كل منكم أن نتيجة جملة معامل لحالة معينة ، قد لا تتفق مع بعضها تماما ، ولا عجب فى ذلك اذا فكرتم قليلا فيما عساه يطرأ على احد الـ Reagents من التغيير ، وان الـ Reagents المختلفة التى تستعملها المعامل المختلفة ، تختلف عن بعضها فى نقط نوعية كثيرة ، فنحن هنا لسنا أمام تفاعل ثابت ، بل أمام تفاعل معرض لفروق نوعية وعددية ، ولهذا ترون أيها السادة الصعوبة التى تعترض الطبيب اذا لم يكن فى المكان الذى يشتغل فيه معمل ، كامل الادوات ، واختصاصى يمكنه

أن يقدر اذا كانت درجة التفاعل قوية أو متوسطة أو ضعيفة أو أثرية حيث
أن هذه المعلومات مهمة من وجهة المعالجة فنعرف بواسطتها أين نحن تماما
ويمكنه أن يخبرنا اذا صادفه أحوال غير زهرية من التى توجب تفاعل فازرمان
أننا لسنا هنا أمام حالة زهرية

يكفى الآن الكلام على تفاعل فازرمان من الوجهة العملية ونبحث فى تفاعل
حديث أسهل بكثير من تفاعل فازرمان ولا يقل عنه فى الاحساس ويسمى
تفاعل Meinke وهذا التفاعل مبنى على اتحاد مادة ذريه Colloidal substance
موجودة فى خلاصة قلب الحصان أو الثور بمادة أخرى موجودة فى مصل
المصاب بالزهرى فينتج من ذلك الاتحاد رواسب قطنية Flakes يدلنا وجودها
على أن الحالة زهرى والابحاث الجديدة متجهة الآن نحو تفاعل Meinke بكل
تفاؤل . نتكلم الان عما يدلنا عليه تفاعل فازرمان أو تفاعل Meinke من الوجهة
الاكلينيكية فأول ما يعترضنا هنا هو هل تفاعل فازرمان نوعى Specific أم
لا والجواب نعم اذ ليس لدينا مرض آخر يشابه الزهرى اكلينيكيا وتفاعل
فازرمان فيه موجب نعم هناك تفاعلات موجبة تشبه الاحوال الزهرية مثل
الجزام والـ Psoriasis vulgaris وقليل من الامراض الاخرى ولكن المحلل
يمكنه التفريق بين هذه الاحوال و بين الزهرى وعليه فهذه الشواذ لا تقلل
من القيمة النوعيه (Specificity) لهذا التفاعل

سؤال آخر -- هل كل انسان مصاب بالزهرى لا بد أن يكون تفاعل
فازرمان عنده موجبا هنا الجواب بالسلب اذ لا شك فى وجود احوال
زهرية وتفاعل فازرمان فيها سالب ولو أن هذه الاحوال نادرة وغالباً ما يكون
مظهرها الاكلينيكى كافياً للتشخيص كاحوال الزهرى الخبيث مثلا — تلك
الاحوال التى يحصل فيها تقرحات بينما المريض لا يزال فى الدرجة الثانية ومع
بدورة هذا النوع الذى لا يصيب غالباً الا الضعفاء الـ Cachectics فقد

يكون تفاعل فازرمان فيه أيضاً موجبا فى بعض الاحيان وتعليل التفاعل السالب فى هذه الاحوال بسيط فالجسم هنا يكون فى درجة من الضعف لا يمكنه معها عمل الـ Amboceptor الذى هو الوجهة الاخرى والعامل الذى يوجب تفاعل فازرمان . ثانياً بعض أحوال الدرجة الثالثة يكون فيها تفاعل فازرمان سالباً بالرغم من وجود أورام صمغية فى جسم المريض وهنا حقيقة أرذل معاكسات هذا التفاعل اذ انه كثيراً ما يصعب التفريق اكلينيكيا بين الاورام الصمغية وأمراض أخرى مثل التقرحات السلبية ولما كان تفاعل فازرمان السالب لا يحل هذه المشكلة قد أخرج لنا اكلينيك فينجر Finger مادة اطلق عليها اسم Organ Luetin وهى عبارة عن خلاصة بعض الاعضاء المصابة بالزهرى والتى بها مواد لولبية كثيرة مثل الغدد الليمفاوية للقرحة الصلبة أو كبد الجنين المصاب بالزهرى تحضر بطريقة مخصوصه وتحقن فى خلايا الجلد Intracutaneously ويكون التفاعل بها دائما موجباً فى جميع أحوال الدرجة الثالثة من الزهرى التى بها أعراض اكلينيكيه

وثالث الاحوال الزهرية التى يكون فيها تفاعل فازرمان سالباً . هى جميع أحوال الدرجة الاولى حيث ان التفاعل هنا . يبتدىء بالايجاب فقط عند انتهاء الدرجة الاولى وابتداء الدرجة الثانية

أما الاحوال التى فى دور الكمون والتى لم تعالج فتفاعل فازرمان يكون موجباً فى الاغلبية الساحقة منها وهنا احدى فوائد هذا التفاعل العظيمه حيث اننا بواسطته وبواسطته فقط يمكننا اكتشاف الاحوال الزهرية التى ليس بها من العلامات الاكلينيكية ما يجعلنا نشك فى وجود هذا المرض ولو اننا نقوم الان أيها السادة ونمتحن دم الشعب فى هذه المدينة بانتظام لاخذتكم الدهشة لكثرة الاحوال الموجبة والتى لم يكن ليعلم أصحابها من أمرهم شيئاً

هكذا ترون أيها السادة أن التفاعل الموجب أنصح لنا من التفاعل السالب . خصوصاً فى دور الكمون القديم . الذى تصاب فيه الاعضاء الداخلية وقد كان اكتشاف حقيقة هذه الاحوال فى الزمن الماضى . وقبل اكتشاف تفاعل فازرمان . أعجوبة العجائب

ولم يكن لدينا من الوسائل ما يرشدنا الى حقيقة حال المريض بعد اختفاء الطفح المتكرر أى بعد سنتين أو ثلاثة من العدوى وعليه لم نكن على هدى أنستمر فى العلاج أم نوقفه ولم يكن فى طاقتنا ان ننبىء المريض بمستقبل مرضه واذا صادف ان اعتل أحد الاعضاء الداخلية بعدئذ نقع فى حيرة — أهذا زهرى أم ليس زهريا . أما الآن فالامر هين والعقدة محلولة ويمكننا بفضل تفاعل فازرمان ان نقف على حالة المريض الحقيقية فى كل أوقات دور الكمون وذلك بفحص الدم كل مرة بانتظام وعليه فمن السهل علينا الآن ان نقرر المصير وننبىء بالمستقبل وليس هذا فقط بل ونقى المريض من اصابات الزهرى الاخيرة بفضل العناية بالعلاج ولنضرب لذلك مثلا — مريض أصيب بالزهرى منذ ثمان أو عشر سنوات ويريد أن يعرف كيف حالته وماذا جرى فى زهريه وبامتحانه أكلينيكيا لا يوجد عنده شىء بالمرة . فلا نعير ذلك شيئاً من الاهمية بل نشرع فى فحص الدم فاذا كان التفاعل موجباً نقول للمريض انه لم يشف من المرض ولابد من الاستمرار فى المعالجة واذا كان التفاعل سالباً يمكننا أن نهدىء من روع المريض ونقول له أن أعضاءه الداخلية يجوز ان تكون سليمة ولكن لابد من اعادة فحص الدم بعد مدة من الزمن لتثبيت هذه النتيجة ترون الان أيها السادة انه بفضل المباحث الحديثة قد اتخذنا تفاعل فازرمان أداة لاغنى لنا عنها

أولا — فى أثناء التشخيص فى الاحوال الاكلينيكية المشتبه فيها

ثانياً — فى اكتشاف الاحوال التى فى دور الكمون والتى لم يبق فيها أثر

اكلينيكى يدلنا على الزهرى

ثالثاً — فى تشخيص بعض الامراض الباطنية ومعرفة ما اذا كانت زهرية أم غير زهرية

وفوق ذلك فان تفاعل فازرمان أمامنا الآن فى معالجة الزهرى كالمصباح يهدينا الطريق و يعرفنا أين نحن حيث لا يكفى فى معالجة حالات الزهرى الحديثة ان نستمر فى المعالجة حتى تختفى العلامات فقط مثلاً او حتى يختفى الطفح من الجلد والغشاء المخاطى بل غايتنا أبعد بكثير من ذلك وهمتنا متجهة الى ما هو أصعب وأكثر عنادا ، الى استهلاك جميع المواد اللولبية فى الجسم وتطهير المريض من هذا الداء

ولو أن هذه الغاية ليست دائما من الممكن الحصول عليها ولكنها لا بد ان تظل فى نظرنا الضالة المنشودة ويجب ألا نغتر باختفاء الاعراض الزهرية فقط بل يجب ان تكون حالة المريض المصلية هى الفاصل فى الموضوع خصوصاً فى أحوال الدرجة الثانية حيث يبقى تفاعل فازرمان موجباً مدة طويلة بعد اختفاء الطفح وكل الاعراض الاخرى ويجب الا نوقف مجهودنا باستمرار سالبية هذا التفاعل

أما بخصوص تفاعل فازرمان كاداة لتشخيص اصابة الاعضاء الداخلية فيجب أن نستثنى من ذلك الجهاز العصبى حيث أن التفاعل فى الدم ليس موجباً فى جميع احوال اصابة هذا الجهاز وعليه فامتحان الدم لتشخيص هذه الاحوال لا يأتى بالفائدة المطلوبة ولا يمكننا أن نتخذه دليلا على حالة الجهاز العصبى بأى شكل من الاشكال . وهنا فرق أساسى ونتيجة غير منتظرة بين الجهاز العصبى وباقى الاعضاء الداخلية. فرق فى الحقيقه غريب ومجهول الحدود فالجهاز العصبى اذا اصيب بالزهرى يكون كدائرة مستقلة عن باقى الجسم انما ليس استقلالا تاماً طبعا بل يكون استقلالا داخلياً فقط اعنى أنه فى هذه الاحوال لا بد

من حصول هياج وتغييرات مخصوصة فى السائل النخاعى سواء تأثر الدم لذلك أم لم يتأثر

كثيراً ما نرى فى اصابات الجهاز العصبي بالزهرى أن يصحب فيها التغييرات الباتولوجية فى السائل النخاعى تفاعل موجب فى الدم فيكون ذلك كتأكيد ثان للتشخيص فمثلا تفاعل الدم دائما موجب فى الشلل العمومى للمجاذيب ولكن الامر ليس كذلك فى باقى الاحوال العصبية الزهرية فمثلا أحوال الـ Tabes كثيراً ما يكون تفاعل الدم فيها سالباً وعلى نحو هذين المثلين كثير فقرائن الاحوال هنا تدل على أن اصابة الجهاز العصبي لا تؤثر كثيراً على حالة الدم البيولوجية حتى فى الاحوال التى يكون فيها تفاعل الدم موجباً يغلب أن يكون ذلك الايجاب نتيجة اصابة عضو آخر من الاعضاء الداخلية فى الوقت عينه وتأييداً لهذه النظرية نذكر مثلا مرض الـ Tabes حيث يلاحظ أن الاحوال التى تكون مصحوبة بتغييرات باتولوجية فى الـ Aorta هى التى يكون فيها تفاعل فازرمان فى الدم موجباً بخلاف الاحوال الغير مصحوبة بتغييرات باتولوجية فى الـ Aorta حيث يكون تفاعل الدم دائما سالباً

بناء على هذا الكلام ترون أيها السادة أن امتحان المصل بطريقة فازرمان ليس الكل فى الكل وليس السبيل الى تشخيص اصابة الزهرى للجهاز العصبي بالمرة وأن امتحان السائل النخاعى هو الطريق الوحيد لاكتشاف هذه الاحوال ولذا يحسن بى أن أتكلم الآن على السائل النخاعى وكيف يهمنا من الوجهة العقلية

يستخرج السائل النخاعى كما تعرفون جميعاً بواسطة البذل القطنى Lumbar Puncture وليس فى ذلك شيء من الصعوبة أو الخطر حيث تجرى هذه العملية الان لآلاف من الناس ولم يحدث أى ضرر أو مضاعفات وعليه فلا مانع مطلقاً من اجراء هذه العملية متى راعينا فيها

أولا — الطهارة Asepsis

وثانيا — استخراج كمية محدودة فقط من السائل النخاعى فلا نستخرج مثلا ٣٠ أو ٤٠ س م ٠ م ٠ بل يكفى لنا من ٥ — ٧ س م ٠ م ٠ نستخرجها نقطة نقطة وبكل بطء خصوصاً اذا كان الجهاز تحت ضغط كبير حتى لا يحدث بعد ذلك مضاعفات مرذولة كألم مستديم فى الرأس وتهوع Nausea وغثيان وتقاىء ولو أن كل هذه المضاعفات تزول فى يوم أو بعض يوم

واتقاءاً لهذه المضاعفات يجب أن يستلقى المريض على قفاه لمدة ٢٤ ساعة بعد اجراء هذه العملية حتى ولو كانت حالته حسنة وطبيعية أما اذا اعتراه أى شىء ولو فى غاية البساطة فيجب أن يمضى بضعة أيام فى راحة تامة وسكون وفى فراشه ويجب لفحص السائل النخاعى أن يكون فى غاية النظافة وغير مختلط بأى كمية من الدم

الآن تعلمون أن السائل النخاعى به كمية معينة من الزلال ويحتوى على عدد مخصوص من الكريات البيضاء خصوصاً الكريات الليمفاوية فاذا اصيب الجهاز العصبى بالزهرى تزداد كمية الزلال خصوصاً ذلك النوع المعروف بالـ Globulin ويزداد عدد الكريات الليمفاوية عن الحد المعروف فى الاحوال العادية واذا امتحنا مثل هذا النخاع بطريقة فازرمان تكون النتيجة أحيانا موجبة اذاً فامتحان النخاع لتشخيص زهرى الجهاز العصبى متوقف على زيادة كمية الـ Globutins وزيادة عدد الكريات الليمفاوية ووجود الـ Amboceptor الذى يوجب تفاعل فازرمان ولدينا طرق كيماوية مختلفة لمعرفة زيادة الـ Globulin مثل طريقة Pandy أو طريقة None apelt ففى الاولى يضاف الى ٣ — ٤ س م ٠ م ٠ من ١٠ فى المماية حامض الكاربوليك المركز نقطتين أو ثلاثة من السائل النخاعى تواً بعد استخراجها من الجسم فاذا كان النخاع طبيعياً لا يعتريه أى تغيير ويبقى شفافاً كما كان من قبل أما اذا كانت كمية الـ Globulin زائدة يرسب بعض الزلال ويتعكر لون النخاع وتختلف درجة العكارة باختلاف كمية

الزلال الى درجة أنه فى الاحوال الكثيرة الزلال يأخذ النخاع لون اللبن يمكننا بهذه الطريقة تقدير كمية الزلال الموجودة تقديراً نسبياً فنعرف فى الاحوال الموجبة اذا كان الايجاب قوياً أو متوسطاً أو ضعيفاً

أما تفاعل None apelt فمبنى على اضافة ٢ — ٣ س م . م . من السائل الى مثل هذه الكمية من محلول سلفات النشادر المشبع وتركها نحو ثلاث دقائق بعد رجها ففى الاحوال الطبيعية يبقى المحلول على أصله وفى الاحوال التى يكون فيها الـ globulin زائداً يحصل تعكير تختلف درجته باختلاف كمية الـ .glob ونميز هنا أيضاً بين التفاعل الموجب القوى والمتوسط والضعيف

وهناك طرق أخرى مثل طريقة Nisslche التى هى أساس طريقة ازباخ وغيرها ولكنه يكفى من الوجهة العملية اجراء طريقتى None apelt. & Pandy حيث أنهما حساستان جداً وفى غاية السهولة وهما دائماً متفقتان فى السلب أو الايجاب ولو أنهما تختلفان أحيانا فى الدرجة

والطريقة لتقدير عد الكريات الليمفاوية لا تختلف فى شيء ما عن طريقة عد كريات الدم بواسطة Thomes Zeiss Haemocytometer غير أنه يجب امتحان السائل بعد استخراجه تواً من الجسم حيث أنه اذا بقى بعد ذلك حوالى ٢٤ ساعة يهلك كثير من الكريات وتكون النتيجة اذاً غير موثوق بها واذا كان الفحص السريع غير متيسر فيجب أن نخلط ١٠ — ١٢ نقطة من السائل بعد استخراجه من الجسم مباشرة بمحلول مكون من ٤ — ٥ ٪ من حامض الخليك والـ Methyl violet لحفظ الكريات وصبغها

وعدد الكريات الليمفاوية فى السائل الطبيعى لا يزيد عن خمسة فى المليمتر المكعب ويختلف العدد كثيراً فى الاحوال الباتولوجية فقد يصل فى بعضها الى مائة أو مائتين أو أكثر فى المليمتر المكعب مضافاً الى ذلك أنواع أخرى من كريات الدم البيضاء والحمراء وفى أحوال أخرى قد لا يزيد العدد عن ٢٥

أو ٣٠ بل قد يكون أقل من ذلك أيضاً

يلاحظ أن زيادة الـ globulin فى السائل تكون فى أغلب الاحيان مصحوبة بزيادة فى عدد الكريات الليمفاوية ولو أنه بالطبع قد تكون درجة التفاعل مختلفة فى كلتى العمليتين أعنى انه يجوز أن يكون تفاعل None apelt أو Pandy موجباً ايجابا قويا بينما عدد الكريات الليمفاوية لا يزيد كثيراً عن الطبيعى ولامتحان السائل بطريقة فازرمان نحتاج الى نحو ٣ س م . م والطريقة شبيهة تماماً بتحليل المصل ولو أنها فى قراءتها أصعب قليلا

وقبل ان ننتهى من الكلام فى هذا الموضوع يحسن أن أذكر شيئاً كذلك عن تفاعلات السائل النخاعى الكيماوية الذرية Chemes-Colloidal التى اكتشفت أخيراً وهذه التفاعلات شبيهة بتفاعل weinlka فى المصل الذى سبق لنا الكلام عنه ومبنية على وجود مواد فى السائل المصاب بالزهرى وهذه المواد اذا اختلطت بمحلول ذرى تحدث راسباً فمثلا اذا أضيف الى كمية مخصوصة من المحلول الذرى لكلورور الذهب الذى هو بلون النبيذ الغامق الاحمرار كمية معينة من السائل النخاعى يحصل بعدئذ تغييرات فى لون محلول الذهب تختلف باختلاف درجة تخفيف السائل فمن لون نبيذى غامق الاحمرار يتحول المحلول الى أحمر أو بنفسجى أو أزرق بنفسجى أو أزرق أو اذا كان التفاعل شديداً فيتحول المحلول الى لون مائى شفاف وفى هذه الحالة يرسب كل ملح الذهب على جوانب انبوبة الاختبار وهذا التفاعل الذى نسميه goldsol أو تفاعل محلول الذهب حساس بشكل مدهش وثقة عظيمة لتشخيص زهرى النخاع ولا علاقة له بالمرة بتفاعل None apelt & Pandy ويشابه هذا التفاعل تفاعل آخر اسمه تفاعل Mastix وثالث اسمه تفاعل Berlin Blue وكل هذه التفاعلات القريبة الصلة بتفاعل فازرمان تدل بالطبع على اختلافات متباينة تعترى السائل فى الاحوال الزهرية *

والان يجب أن نبحث فى علاقة هذه التفاعلات الذرية بزيادة كمية الـ glob. وعدد الكريات الليمفاوية وهل من اللازم اذا كانت نتيجة التفاعلات الذرية موجبة أن تكون كذلك فى التفاعلات الاخرى أم يجوز أن تكون موجبة هناك بينما كمية الـ globulin وعدد الكريات الليمفاوية قليلة وبالعكس هل من الممكن أن تكون كمية الزلال وعدد الكريات الليمفاوية زائدة بينما التفاعلات الذرية وتفاعل فازرمان سالباً

اجابة على هذه الاسئلة نقول أن كل ذلك جائز غير أن هناك قوانين محدودة التفاعلات المختلفة مبنية على قدم المرض ودرجة تقدم التغييرات الباتولوجية فى السائل النخاعى فاصابة الجهاز العصبى كما هو معلوم لديكم أيها السادة قريبة العهد جداً بيوم العدوى أذ يكون ذلك فى الوقت الذى تعم فيه اللولبيات جميع أعضاء الجسم فتصيب فيما تصيب الجهاز العصبى وتسكن السحايات Meninges وتقيم آمنة مطمئنة فيه سنوات طويلة فى مستودعاتها هناك حيث تعبث بخلايا هذا الجهاز الرقيقة على غفلة من المريض الذى لا يشعر بوجودها الا بعد ان تنال منه ضرراً بليغاً ولات حين مناص فمن الخطأ العظيم أيها السادة أن نظن أن التغييرات الباتولوجية فى أحوال الشلل العمومى للمجاذيب أو الـ Tabes مثلا حدثت فقط من دخول اللولبيـات الجهاز العصبى قبل ظهور عوارض هذه الامراض بزمن يسير فاللولبيات موجودة هناك قبل ذلك بزمن طويل هناك من تاريخ ابتداء الدرجة الثانية وظهور الطفح الاول . ومن ذلك التاريخ تستمر مدة فى دور سكون ثم ترجع فتستعيد نشاطها وتتكاثر وتنفث سمومها وتظل كذلك مدة تستهلك فى أثنائها المادة العصبية الممتلئة بالمستودعات اللولبية فتحدث التغييرات الباتولوجية التى تكون سبباً فى ظهور الاعراض الاكلينيكية لهذه الامراض

هناك أيها السادة ترون فائدة امتحان السائل النخاعى الذى يتأثر لمجرد وجود اللولبيات فى الجهاز العصبى ويكشف لنا الغطاء قبل ظهور أى أعراض اكلينية بزمن بعيد جداً ومن هنا جاء سبب وضعنا على فحص السائل أهمية عظمى فهو وحده الذى يدلنا عما اذا كانت اللولبيات الزهرية قد سكنت الجهاز العصبى أم لا وذلك فى الوقت المناسب الذى يمكننا فيه معالجة الحالة وقبل حدوث أى تغييرات باتولوجية أو ظهور أى علامات اكلينيكية

والتغييرات التى تعترى السائل النخاعى وكميتها متوقفة على درجة المرض وقت الامتحان ولو أن هناك فروقاً نوعية تدل على نوع المرض العصبى الذى أصاب الجهاز فتغييرات السـائل النخاعى فى الشلل العمومى للمجاذيب مثلا تختلف عنها فى الـ Tabes أو زهرى المخ cerebral syphilis أو الشلل النصفى Hemipligia الذى يشبه الزهرى وهذه الاختلافات تعترى النوع والـكمية ولا نريد الدخول فى هذا الموضوع أعمق من ذلك لان هذا من اختصاص اطباء الاعصاب والذى يهم اطباء الزهرى هو معرفة طلاب هذه الامراض واكتشاف حالتهم قبل ظهورها وفى الوقت الذى لم نلاحظ على المريض فيه أية أعراض اكلينيكية فلا يسعنا وهذه غايتنا وما نرمى اليه الا تقدير هذه المسألة حق قدرها والاهتمام باكتساب الاحوال التى يصاب فيها الجهاز العصبى أو اغطيته وهى فى ابتداء الدرجة الثانية منعاً لحدوث هذه الامراض فى المستقبل فامتحان السائل النخاعى هنا هو الطريق الوحيد للوقاية من الامراض العصبية الزهرية — واذا امتحنا السائل النخاعى فى الدرجة الثانية فى كل الاحوال بانتظام نكتشف تغييراً باتولوجياً فى كثير منها نعم قد تزداد كمية الـ glob وعدد الـكريات الليمفاوية عند ظهور الطفح الاول بل وقبل ذلك أيضاً فى أواخر الدرجة الاولى بينما لاتزال التفاعلات الذرية وتفاعل فازرمان فى السائل النخاعى سالبة أو موجبة اجابة ضعيفة جداً بل قد تكون ايضاً هذه التفاعلات الذرية موجبة اجابة

قوية فيما تدر من الاحوال

فزيادة كمية الـ .Glob وعدد الـكريات الليمفاوية فى ابتداء الدرجة الثانية علامة ثانيـة على اصابة الجهاز العصبى أو أغطيته باللولبيات الزهرية واذا تركت هذه الاحوال لنفسها تأخذ كمية الـ .Glob وعدد الـكريات الليمفاوية فى الزيادة اطراداً وفى ظرف من ثمانية الى عشرة أسابيع من ذلك يصبح تفاعل فازرمان والتفاعلات الذرية الاخرى فى السائل النخاعى أيضاً موجبة مثل هذه الحالة نجده كثيراً فى الدرجة الثانية المتأخرة وعليه فالتغيرات الباتولوجية فى السائل تحتاج الى زمن معين لتتم ولا يكون ذلك قد انتهى فى ابتداء الدرجة الثانية بل فى وسطها تقريباً وكثيراً ما لوحظ أن التغيرات قد تكون بسيطة جداً فى أوائل الدرجة الثانية واذا فحص السائل مرة أخرى بعد نصف عام مثلا نرى أن كل التفاعلات أصبحت الآن موجبة اجابة قوية ومصحوبة باضطرابات فى الجهاز العصبى وهناك مصير آخر للسائل المتغير باتولوجيا خصوصا فى أوائل الدرجة الثانية وهو الرجوع من تلقاء نفسه الى ما كان عليه من قبل ولوحظ فقط تغير ظاهر فى السائل فى أحوال كافية فى الاسبوع العاشر من العدوى مثلا واذا امتحن هذا السائل مرة أخرى بعد ثلاثة شهور نجـده طبيعياً تماماً ولو أن المريض لم يعالج مطلقاً أثناء هذه المدة فمن ذلك ترون أن التغيرات فى السائل فى الدرجة الثانية غالباً ما يكون مصيرها غير منتظم فلا ندرى اذا كانت التغييرات التى حصلت فى ابتداء الدرجة الثانية سوف تزداد فى شدتها أم سوف تختفى ولا تعود ثانياً ولاندرى أيضـاً أسوف يحدث تغيير فى الأحوال التى لم يكن ذلك قد حصل حتى وسط هذه الدرجة من المرض أم لا . وبكل أسف ليس لدينا من الوسائل ما يرشدنا الى ذلك . أما حالات الدرجة الثانية المتأخرة أو التى فى نهايتها ، أى الحالات التى مضى عليها نحو السنتين من تاريخ العدوى فتكون تغييرات النخاع فيها عادة ثابتة أعنى أن الاحوال السالبة بعد سنتين

من تاريخ العدوى تبقى دائماً سالبة فى الأغلبية العظمى من المرضى والاحوال الموجبة منها تكون التفاعلات الدرنية فيها دائماً قوية الايجاب بخلاف كمية ال .glob وعددالكريات اللمفاوية ،اذ ربما لا تكون زائدة بشكل غيرعادى. وعليه ترون أيها السادة أن تفاعل فازرمان الموجب والتفاعلات الدرية لا تكون دائماً مصحوبة بزيادة كبيرة فى كمية ال .glob وعدد الكريات اللمفاوية . ولذا فالواحد منا أميل الى الاعتقاد بأن زيادة ال .glob والكريات اللمفاوية لها سبب آخر ودليل آخر . وبما أنها عرضة لاختلافات كثيرة أثناء المرض اذ بينما تكون الزيادة فاحشة فى أول الأمر اذ تعود فتنمحى بعد مدة ثم تزيد ثانياً زيادة متوسطة . وتبقى على هذه الزيادة المتوسطة غير متأثرة من العلاج بالرغم من أن تفاعل فارزمان يتحول من موجب الى سالب . فيغلب أن تكون هذه الزيادة جواباً على تكاثر اللولبيات فى الجهاز العصبى حين يأتى عليها دور النشاط . فاللولبيات فى الجهاز العصبى أيضاً تدخل أدواراً مختلفة فى تاريخ حياتها وتدلنا زياده كمية ال .glob وعدد الكريات اللمفاوية على نشاط جديد فى حياة اللولبيات ولدينا أحوال كثيرة يكون فيها الجهاز العصبى مصابا من مدة طويلة غير أن المرض كامن ولا أثر لعلامات اكلينيكية وتفاعل فازرمان فى السائل موجب و زيادة ال .glob والكريات بسيطة و فى اللحظة التى يتهيج فيها المرض وتظهر أمراض اكلينيكية تزداد كمية ال .glob وعدد الكريات بسرعة غريبة وأحسن مثل لذلك ال Syphilitic Meningitis حيث تصل كمية ال .glob وعدد الكريات أثناء ظهور العوارض الاكلينيكية أقصى درجة لها

أما التفاعلات الدرنية وتفاعل فازرمان فى السائل فهى أقل تقلباً بكثير من زيادة ال .glob وعدد الكريات واكثر عناداً فى المعالجة فاذا كانت موجبة فى حالة من الأحوال تبقى عادة كذلك ولا تتغير واذا استعنا عليها بالمعالجة لا تتحول الى سالبة الا بعد جهد عظيم. من هذه القصيرة القليلة يتبين لكم

أيها السادة علاقة هذه التفاعلات بعضها ببعض وما الذى يدل عليه كل منها .
وخلاصة القول أن التغييرات الباتولوجية فى السائل النخاعى قد تحدث سريعاً
بعد العدوى كدليل على اصـابة أغطية الجهاز العصبى باللولبيات الزهرية بينما
لا يلاحظ على المريض أى علامات اكلينيكية فى هذا الوقت . فتزيد كمية
ال .glob وعدد الكريات الليمفاوية فى الحال أما تفاعل فاز رمان والتفاعلات
الذرية الأخرى فتتحول الى موجبة لأول مرة بعد ذلك بزمن غير قصير .
ويجوز فى بعض الأحوال التى تحدث فيها هذه التغييرات مبكرة أن يعود
السائل فيها الى شكله الطبيعى وترجع الحياة الى مجراها من تلقاء نفسها ولـكنه فى
أغلب الاحوال تستمر هـذه التغييرات طول مدة دور الـكمون حتى يأتى
الوقت الذى تظهر فيه العلامات الاكلينيكية المشيرة الى اصابة الجهاز العصبى

فالوقت الذى تحدث فيه تغييرات فى السائل غير محدود وقد يكون ذلك
فى الاسبوع الثامن من العدوى وقد يمضى عام على المصاب ولا أثر لتغييرات
ما فى السائل . و بعد نصف عام آخر يعتريه تغيير شديد و يتحول فجأة الى
موجب لأول مرة . قبل هذا يلزمنا أن نقول أن تغييرات السائل النخاعى قد تحدث
فى لحظة غير معلومة أثناء الدرجة الثانية و بابتداء دور الـكمون أى أثناء السنة
الثالثة من العدوى يندر حدوث تقلبات فى شكل السائل . أعنى أن الحالات
الموجبة وقتئذ تستمر موجبة والاحوال السالبة لا تتحول ثانياً الى موجبـة
والآن فقط يستقر مستقبل المريض ويمكننا التمييز بين الاحوال التى يستأثر
فيها الجهاز العصبى فى المستقبل والاحوال التى سوف لا يتأثر فيها

هذه الاكتشافات الحديثة التى ذكرتها الآن باختصار لها أهمية عظمى من
العملية فامتحان السائل النخاعى يدلنا الى وجود اللولبيات فى الجهاز العصبى
أو فى أغطيته وذلك فى الوقت المناسب الذى لم يحصل فيه أى تغيير سيئ فى
أنسجة هذا الجهاز والذى يمكننا فيه مكافحة المرض واتقاء رذائله وعليه يهمنا

كثيراً اكتشاف أحوال الدرجة الثانية التى يتغير فيها السائل بأقرب فرصة ممكنة وذلك لا يكون الا بفحصه من آن لآخر وبانتظام . وليس فى الاعراض الاكلينيكية التى تظهر فى الدرجة الثانية ما يؤدى الى شىء يذكر ويدل على تغيير فى شكل السائل غير أنه لوحظ أن المرضى اذا ظهر عليهم Leukoderma alopecia syphilitica يكون ذلك غالباً مصحوباً بتغييرات باتولوجية فى السائل النخاعى وتعليل علاقة هذين العرضين بتغييرات السائل غير مفهوم تماماً للآن . ولدينا أحوال استثنائية ان يكون فيها هذان العرضان واضحين والسائل النخاعى طبيعى وبالعكس لدينا أحوال لا أثر فيها بالمرة لهذين العرضين بالرغم من شدة تغيير السائل النخاعى . ولو أن لنا من هذان العرضين منذر باصابة الجهاز العصبى غير أنه يجب الاعتراف أن حامل السائل الباثولوجى لا يظهر عليه من العلامات الاكلينيكية ما يكشف عن حقيقة أمره وأن الطريقة الوحيدة لذلك هى فحص السائل

وبما أن الأمر كذلك فلا مفر لنا من امتحان السائل فى كل أحوال الدرجة الثانيـة واعادة الفحص مرة أو مراراً أثناء هذه الدرجة حتى تكتشف الأحوال الموجبة وتوقف العملية الباثولوجية فيها عند حدها ونعير الأحوال الأخرى التى يستمر فيها السائل صغيراً لمدة طويلة الاهتمام اللازم اذ أن هذه الاحوال هى التى تؤدى غالباً الى الامراض العصبية المختلفة المسببة من الزهرى . نعم قد يجوز أن نصادف أحوالا استثنائية يبقى فيهـا السائل النخاعى متغيراً لمدة طويلة ولا تأثير على الجهاز العصبى بالمرة كما أننا نصادف أيضاً أحوالا لا يلزم أن يكون فيها ايجاب تفاعل فازرمان المستمر فى الدم لمدة طويلة سبباً فى هلاك المريض. غاية الأمر أن الذين يصابون بالشكل العمومى للمجاذيب أو ال Tabes هم بعض هذه الأحوال التى دامت فيها تغييرات السائل مستمرة

من هذا تعلمون أيها السادة أنه كلما قدم على اللولبيات العهد فى الجهاز العصبى كلما تـكاثرت وزاد قدرها الغير قابل للاصلاح وكلما قل تأثير العلاج عليهـا

فالأحوال التى تعالج مبكرة قد يكفى فيها شوط واحد من أشواط العلاج لترجع الى طبيعتها بخلاف الحالات المتأخرة حيث يصعب جداً بل أحيانا يتعذر الحصول على مثل هذه النتيجة فمثلا الاحوال التى فى دور الكمون شديدة العناد ولا يمكننا الجزم اذا كنا بمعالجتنا اياها سنصل الى نتيجة كالنتيجة المؤكدة التى كنا نصل اليها لو بكرنا فى المعالجة . واذا نفذ السهم وظهرت أعراض تدل على تغيير شديد فى الجهاز العصبى فقل على المصاب السلام . تذكروا هنا أيها السادة أحوال الشلل العمومى للمجاذيب وأحوال ال .glob وكيف لا يثمر فيهما أى نوع من أنواع العلاج ولو كان أحد هؤلاء المرضى قد عولج تماماً فى الوقت المناسب الذى لم تكن فيه المادة العصبية قد لحقها ضرر غير قابل للاصلاح أعنى فى الدرجة الثانية من المرض لما وقع هذا المريض السيء الحظ فى هذا الشرك ونجا من مرضه الخبيث

واعتقادنا الآن أنه فى مقدورنا اتقاء هذين المرضين أعنى ال tabes. G. P. I. ومنع وجودهما بالمرة ليس مبنيا على التفاؤل بل على معضلة حلت عقدتها وبانت لبانتها وهذه المعضلة كانت كبقية اكتشاف هذه الاحوال فى الوقت المناسب وهذا كما وضحت لحضراتكم الآن أصبح لنا سهل المنال مكشوف الغطاء

فالنظرية القديمة القائلة بعدم امكان معرفة الاحوال التى ستكون فى المستقبل شكلا عمومياً أو tabes وبجواز حدوث هذين المرضين سواء عولج المريض أثناء هذه الدرجة الثانية أم لم يعالج والمبنية عملياً على وجود حالات شلل عمومى وحالات Tabes حازت نصيباً وافراً من العلاج أثناء الدرجة الثانية . هذه النظرية ايها السادة قد وضعت قبل اكتشاف السلفرسان وقبل معرفة شيء عن السائل النخاعى اى فى عصر لم يكن لدينا فيه من العقاقير ما هو حقيقة فعال ولم نكن نعرف من أمر زهرى هذه الاعصاب كثيراً . والذين أتيحت لهم الفرصة لملاحظة علاج زهرى الاعصاب يعلمون حق العلم كيف تكون

التغييرات التى تعترى السائل النخاعى أحياناً شديدة العناد وقليلة التأثير للعلاج المستمر بالزئبق والسلفرسان معاً فبينما يتحول تفاعل فازرمان فى الدم تدريجياً من موجب الى سالب تبقى التفاعلات فى السائل النخاعى موجبة لمدة . فلا عجب اذن اذا استمرت هذه التفاعلات دائماً موجبة ولم تتأثر بأى شكل من الاشكال من المعالجة فى العصر القديم حيث لم يستعمل فيـه غير الزئبق فقط الذى هو أضعف بكثير فى قتل اللولبيات من السلفرسان . وعليه فقد كان القدماء معذورين فى اعتقادهم أنه لا يمكن اتقاء الشلل العمومى وال tabes بأى حال من الاحوال . أما اليوم فقد تغير الحال وأصبحنا على جانب من العلم يمكننا معه أن نقول أنه بالمعالجة الطبية وفى الاحوال المبكرة يمكننا أن نعين تفاعلات السائل الموجبة أولا والسالبة ثانياً وليس هذا فقط بل ونبقيها سالبة لا تتغير . وحيث أنه لا وجود لشلل عمومى للمجاذيب أو ال tabes وتفاعلات السائل النخاعى فيه سالبة فمنطقياً يجب ألا يكون لهذين المرضين ذكر فى عالم الوجود . وللحصول على هذه النتيجة لا يسعنى الا أن أكرر على مسامعكم أهمية المبادرة بالمعالجة فى الاحوال المبكرة للزهرى وأنه كلما تأخرنا فى المعالجة كلما ساء المستقبل . نعم قد يجوز أن نصادف أحياناً نجاحاً باهراً فى بعض الاحوال المتأخرة أيضاً ولكن ذلك محاط دائماً بالشكوك

النتيجة العملية : —

بناء على هذا الكلام يجب أن يكون امتحان السائل النخاعى ضمن الاساسات المهمة فى برنامج المعالجة . فيؤخذ السائل ويمتحن فى كل الاحوال التى مضى عليها ثلاث سنوات أو أكثر ولو أنه لا وجود لعلامات اكلينيكية عصبية أو غير عصبية بالمرة وتفاعل فازرمان فى الدم سالب

فاذا وجد السائل بعد الامتحان سالباً يمكننا أن نقول للمريض أن لا خوف عليه من تأثير الزهرى على جهازه العصبى فى المستقبل حيث أن هذه الاحوال كما ذكرنا لا تتحول الى موجبة الا فيما شذ وندر . أما اذا وجد السائل بعد الامتحان موجباً ولو لم يكن هناك أى علامات اكلينيكية ظاهرة وتفاعل فازرمان فى الدم سالب يمكننا أن نحكم فوراً أن الجهاز العصبى ليس سليما وأن هناك فى أغطيته Meninges عملية باتولوجية لو تركت لنفسها تؤدى الى أرذل العواقب نعم قد يجوز أن تختفى هذه التغييرات ويرجع السائل حالته الطبيعية من تلقاء نفسه ولكن ذلك أيضاً فيما شذ وندر والمعالجة القوية Energetic فى هذه الاحوال غالباً ما تأتى بفائدة لا بأس بها

واذا كان هناك عوارض اكلينيكية عصبية فامتحان السائل يكون بمثابة اداة للتشخيص أما اذا كانت الحالة ناشئة من الزهرى أو من غير الزهرى . فاذا كانت النتيجة موجبة نحكم فوراً بأن الحالة زهرى واذا كانت سالبة فغالباً تكون غير زهرى واذا كانت الاعراض الاكلينيكية وحدها كافية لتشخيص الزهرى فامتحان السائل فى هذه الاحوال يعد من الكماليات

الآن يدخل المريض فى الدرجة الثانية من المرض فلا ندع هذه الفرصة تذهب أدراج الرياح بل يجب علينا — ان لم يتيسر لنا امتحان السائل بين آونة وأخرى أثناء هذه الدرجة — أن نمتحنه قبل ابتداء المعالجة مرة و بعد حوالى عام مرة ثانية وفى نهاية المعالجة مرة ثالثة وبهذه الطريقة لا نترك الدرجة الثانية تفوت من غير أن يكون لدينا علم بحالة المريض العصبية ولا نقرر نهاية العلاج الا اذا امتحنا السائل بعد مضى ثلاثة أو أربعة شهور من تاريخ آخر شوط من أشواط العلاج . واذا اقتصرنا على امتحان السائل مرة واحدة أثناء الدرجة الثانية لا نتمكن من معرفة تاريخ ابتداء تغييرات السائل بالضبط فمثلا نمتحن السائل فى ابتداء الدرجة الثانية فاذا به سالب ولكنه ربما يتحول

الى موجب فى ظرف نصف عام آخر فنكون على خطأ اذا اعتمدنا على الامتحان الاول واعتبرنا الحالة سالبة . أما اذا أعدنا الفحص مرة ثانية كما ذكرنا فيصحح هذا الخطأ من تلقاء نفسه ويبقى دائماً على نور . واذا كانت النتيجة فى ابتداء الدرجة الثانية موجبة فيكون ذلك طبعاً دليلا على الحالة العصبية ولكن كما ذكرنا من قبل لا يمكننا الاعتماد فى تقرير المصير (ال Prognosis) على أى نتيجة فى هذا التاريخ موجبة كانت أو سالبة

فامتحان السائل امامنا الآن كالنور يضيء لنا طريق العلاج الذى يجب أن لا ننتهى منه بأى حال من الاحوال الا بعد أن يكون السائل طبيعيا . والاحوال التى تستمر موجبة بالرغم من المعالجة الطبية طول مدة الدرجة الثانية وبالرغم من تفاعل الدم السالب يجب أن تراعى بعين الاعتبار ويجب أن تستمر فيها بالمعالجة المزمنة المتقطعة Chronic Intermittent مؤيدين ذلك بامتحان السائل مراراً أخرى . وقد يجوز فى أحوال نادرة أن يستمر السائل موجباً بالرغم من كل ذلك خصوصاً تفاعل فازرمان والتفاعلات الذرية الاخرى حيث كما ذكرنا قد تهزأ هذه التفاعلات أحياناً بكل طرق العلاج . وربما أنه فى هذه الاحوال قد ترجع كمية ال globulin وعدد الكريات الليمفاوية الى أصلها فتكون النتيجة التى نحصل عليها هنا هى ايقاف المرض عند هذا الحد واشلال اللولبيات حتى لا تعود للنشاط مرة أخرى

كل هذه الحقائق أيها السادة لا تزال فنية فى أحضان أمهاتها والمجال لا يزال واسعاً للعمل والملاحظات الكثيرة اللازمة للوقوف على خبايا هذا العضل العظيم الاهمية فى باتولوجى الزهرى . وكل ما اكتشف حديثاً فى هذا الباب قدمنا خطوة واسعة على قدمائنا وأفهمنا أن امتحان السائل فى الدرجة الثانية من المرض أساس قويم للوقاية من الامراض العصبية الزهرية المستقبلة اخص بالذكر منها الشلل العمومى للمجاذيب Tabes dorsalis G.P.I. والسلام ؟

التأثير العلاجي للبزموت في الزهري

بقلم ليفاداتي C. Levaditi

من معمل باستير باريس

ترجمها الدكتور محمد مبارك طبيب مستشفى قنـا

عن لانست ٣١ مارس سنة ١٩٢٣

كان لى حظ معالجة مريض بالزهرى بحقن التريبول البزموتية « Trépol » مصادفة وهذا المريض ولو أنه لم يكن طبيباً الا أنه من الذكاء والعـلم بحيث وصف لى أدوار مرضه وتأثير التريبول عليها بما يقرب من المعلومات المقررة فى المقالة المترجمة بعد وحيث أن علاج الزهرى بواسطة البزموت علاجاً تاماً منظماً جديد فى أدبيات الزهرى الضخمة حتى أن كثيراً من الاطباء لم يعن به فى قطرنا الى الآن مع كثرة ما كتب عنه واستعمل فى فرنسا ولم يرد منه الا كميات قليلة للمخازن والصيدليات حتى أنه لمـا فرغت بعض الامبولات التى كانت مع مريضى والتى أخذها من طبيبه الخاص الذى أرسلها له كعينة لاستعمالها كتجربة وقد أرسلت الى أحد اخوانى الصيدليين بالقاهرة ليسأل لى عنها فى مخازنها فأرسل لى تذكرة مازحة يقول لى فيها أن علمك بهذه الحقن سابق لورودها للمخازن وبعد نحو ستة أشهر أرسلت لآخر بالاسكندرية له أيضاً فأرسل الى صاحبى بالاسكندرية علبة بها ١٢ أمبولا ولم يرد على صديقى بمصر

ولقد قرأت على علاج الزهرى بالبزموت بعض نبذات كانت تكتب فى مجلة اللانست كما قرأت بعض اعلانات فيها عن التريبول ولكن يظهر أن الانجليز على العموم لم يعطوا البزموت حقه من البحث والتجربة والنشر فى علاج

الزهرى . ولما كانت هذه المقالة مستوفاة فى بحثها و بها رأى كثير من الاساتذة الفرنسيين أردت ترجمتها لقارئى المجلة الطبيـة المصرية لعلى أفتح امامهم باباً جديداً من التجربْة والعلم لان استعماله أثر فى نفسى تأثيراً حسناً من حيث عدم ألمه وحسن نتيجته وهذا نص المقالة :

فحصت فى مقالة جديدة أرسلتها لمجلة البرس مدكال Presse Médicale فائدة البزموت وخصوصاً ملح طرطيرات البزموت البوتاس والصودى القاعدى — التريبول — Basic Tartirs-Bismuthate of Pot. Sod. Trépol فى علاج الزهرى ومن حين نشر هذه المقالة كتبت جملة تقريرات يمكن اقتباسها فى اثبات فائدة هذا المركب الجديد فى كل أدوار الزهرى . وأنا أرغب فى تحليل هذه التقارير الاخيرة مقتبساً من المقالات الاولى عند الحاجة

تاريخى

كان يستعمل البزموت كمحلول لاثرات الالتحام فى الاصابات الجلدية فى القرن السابع عشر وفى سنة ١٧٨٦ أشار أودين « Odin » باستعماله فى أمراض المعدة . واستعمل ماسوكى « Masucci » بزموت اليود الزلالى « Bismuth proto-iodide » فى الغيار على النتوآت المخاطية منتظراً نتيجة موضعية فقط . ولم تعمل ابحاث مقدار سمية البزموت الا فى سنة ١٨٨٩ لاستعماله فى علاج الزهرى بواسطة بلزر (Balzer) ولكن مجهوده لم يكن ناجحاً ولقد أهمل بلزر الدواء للنتائج التى شاهدها فى الكلاب وفى سنة ١٩١٦ استعمل سوتن (Saufon) وروبرت (Robert) البزموت فى علاج لولبيات الدجاج وقد حققت تجاربهما بسزراك (Sazerac) وبى شخصياً فى ابتداء سنة ١٩٢٠ وبجملة تجارب متكررة قد برهنا على سرعة تكوين الطرطير البزموتى البوتاس والصودى لاثرات الالتحام فى الاعراض الزهرية المختلفة فى الحيوانات

والانسان . وقد حققت هذه النتائج اكلينيكياً بواسطة فرنيه (Fournier) وجينو (guenot) باستعمال الطرطير البزموتى البوتاس والصودى وأنه من المهم أن نتعقب النتائج التى أظهرها الباحثون المختلفون فى مظاهر الزهرى المختلفة وفى أدواره المختلفة

الزهرى الابتدائى

نشر برناد (Bernard) فى جملة حالات زهرية ثلاثة منها ابتدائية أن الاعراض زالت فى بضع أيام بعد حقن بضع سنتيجرامات من التريبول فى حقنتين أو ثلاثة وقد اختفت التريبونيما (Treponema) غالباً بعد حقنة واحدة وقرر ديهو (Duhot) أن عمل التريبول سريع وظاهر فى القرحة الزهرية وشاهد تروفى (Truffi) تراجع النتوآت الزهرية والتحامها بعد مضى أيام من الحقنة الاولى وقد عزى للطرطير البزموتى البوتاس والصودى عملا مضاداً للولبيات قوياً ولاحظ نيقولا (Nicolas) وماسى (Massia) وجاتى (gaté) اختفاء التحام القرحة فيما بين ٨ و ١٢ يوماً . ولاحظ باسينى (Pasini) الاختفاء السريع للتريبونيما بعد الحقنة الاولى — ٢٤ و ١٨ ساعة — وقد أحدث الدواء التحاماً سريعاً فى النتوآت الزهرية وأما ارتشاحها فامتص ببطء . وربما مكثت صلابتها جملة أسابيع . ومن رأى باسينى أن بين الالتحام و بطء الامتصاص مضادة نوعاً ما أما التأثير على مرض الغدد اللنفاوية فيظهر أنه بطىء ومع ذلك فالغدد المجاورة للقرحة تضمر سريعاً وقد عالج دى بلا (De Bella) سبع حالات حديثة الزهرى بالتريبول ومن رأيه أن التحسن كان متزايداً ومستمراً ولكنه بطىء و يقرب تأثير البزموت من الزيبق الحلو عن الارسيتو بنزول وهو يقول عن فائدة البزموت فى الزهرى أنها كبيره ومحققة وأنه آلة حرب جديدة فى العدوى النوعية بل هو الآلة المنتخبة وخصوصاً فى الحالات التى

تستعصى أو لا توافقها العلاجات الاخرى . وقد عالج دفين (Define) سبع حالات زهرية — واحدة ابتدائية — بطرطيرات البزموت البوتاس والصودى المجمل فى سائل زيتى بمقادير من ٠٢ر٠ الى ٠٣ر٠ جرامات ونشر أن التريبونيما اختفت سريعاً وأن الاعراض التحمت بسرعة . وقرر دكرى (Ducrey) أن المرضى بالزهرى الابتدائى قد حصل لاعراضهم شفاء سريع من البزموت حتى ولوكانت هذه متقرحة كثيراً وقد اختفت الغدد وشفيت قرحة كبيرة كانت متقرحة فى أسبوعين ولقد اختفت التريبونيما من سطح القرحة بعد الحقنة الاولى. ولقد وافق باريت (Barthet) على هذه النتائج وقد لاحظ أن الزهرى الابتدائى مع بحث واسرمان السلبى — (preserological stage) — قد أعطى نتائج مشجعة الى يوم أخباره و يظهر أن البزموت كالارسينو بنزول مطهر نافع. ولاحظ جريشو (grecho) ومشيتى (Muschietti) أن القرحة تتأثر بغدد ارتشاحها (Infiltration) وأن الاصابات الاولى تفقد صلابتها و يعقب ذلك الالتحام والغطاء الجلدى ولاحظ بوسيداى (Posadas) شفاء القرحة من أربعة لعشرة أيام

الزهرى الثانوى

نشر جريشو ومشيتى سرعة زوال اللطخ المخاطية غير المتقرحة والنتوآت المتضخمة مع ذهاب الطفح الوردى والطفح الزهرى الحلمى فى التهاب القزحية وهو فى الاخيرين واضح ولكنه بطىء . ولقد عولج أيضاً الزهرى الخبيث بنجاح بواسطة البزموت . وزال بسرعة الطفح الوردى والحلمى والكنديلوما — (بلوخ Bloch) — وشاهد سبلمان (Spillmann) فى مريض سرعة زوال الظواهر الجلدية والمخاطية بعد حقن عضلية تعطى كل ثلاثة أو أربعة أيام لمدة ٣٦ يوماً . ونشر و بر (Veber) حالة قال أن مريضاً بالزهرى فى الدور

الثانوى المصحوب بيرقان نوعى وطفح حلقى وحلمى فى الصفن زال اليرقان منه تماماً بعد الحقنة الخامسة من التريبول وصار تفاعل واسرمان سالباً بعد الحقنة السادسة . ولاحظ جوانسلم (jeanselme) فى مريض بزهرى ثانوى مصحوب بحمى وضعف عام تحسناً عاماً بعد الحقنة الخامسة . وقرر باسينى أن اللطخ المخاطية فى الفم وأعضاء التناسل وحول الشرج هى أول الاعراض شفاء بالبزموت . وقد لاحظ التحاماً فى هذه الحلميات فى بعض أيام قليلة . وزالت حلميات الصفن المتضخمة فى ثلاثة الى أربعة أيام . أما الارتشاح الحلمى (papulas infiltration) — الحلميات العدسية والحلميات القشرية — فقد أظهر مقاومة أشد للبزموت . ولاحظ دفينى (Define) أن تفاعل واسرمان — ت . و — الذى كان ايجابياً قبل صار سالباً بعده حالا . ولقد استعمل البزموت بنجاح — طرطير البزموت الصودى والبوتاس — فى حالات ألم الرأس المستمر . ولاحظ دكرى أن تأثير التريبول فى علاج الزهرى الثانوى هو فى سرعة شفاء اللطخ المخاطية والكنديلوما — فى اليوم ال ١٢ وبعد الحقنة الثالثة — ولقد أهلكت الاسبيروكيتا فى هذه الاعراض بعد الحقنة الثانية . ولقد شفيت اللطخ المخاطية المتضخمة من اللوزتين وسقف الحلق الطرى بعد علاج أسبوع فى حالة من هذه وكانت مدة ١٥ يوماً كافية لزوال الطفح الوردى ووجد تروفى أن الظواهر الثانوية للزهرى تزول بسرعة بهذا العلاج وأن الاسبيروكيتا قد زالت تماماً من العوارض التى كانت توجد فيها بكثرة فى بضعة أيام من أول العلاج وأن تفاعل السوائل الجسمية صار سالباً . ووصف برتت (Berthet) سرعة التحام العوارض . وقرر ولن (Wallon) فى مقالة حديثة أن الحلميات المخاطية تزول غالبا بعد الحقنة الثانية من التريبول وأحيانا بعد الحقنة الاولى — أى بعد مضى من أربعة لخمسة أيام من العلاج وفى مدة من ٥ الى ٢٠ يوما على رأى بوساداس

وقدالتحمت الحلميات المخاطية تحت تأثير البزموت الغروى (Colloidal Bismuth) فى مدة تتراوح بين ٦ و١٥ يوما على حسب درجة الارتشاح . ولقد استعملت شخصياً النيترو بول (Nes-trépol) ولاحظت أن الحلميات المخاطية فى الفم تلتحم فى مدة اربعة الى خمسة ايام . اما زوال التريبونيما فبعد الحقنة الاولى او الثانية . ولقد ظهر مثل هذا التأثير فى علاج الحلميات المتضخمة والطفح الوردى والزهرى الرحمى . اما ألم الرأس والتعب وآلام العظام فتشفى غالباً بعد الحقنة الاولى

الزهرى الثلاثى

نشر فورنيه وجنو ان فائدة كبرى تحصل من استعمال التريبول فى الالتهاب السمحاقى الزهرى وفى الاعراض الجلدية مع القروح المغطاة بقشرة . ولقد لاحظا ايضاً نتائج سارة فى حالتين من حالات انيورزما الابهر . ولاحظ جريشو ومشيتى وبرتت التحام العوارض الجلدية السريع واعلن فورنيه وجنو وبلوخ زوال الاورام الصمغية السريع وفى حالتين من الزهرى الثلاثى — قروح مغطاة بقشرة — فى الاليتين مكثت ١٢ سنة ولم يسبق علاجها التحمت بعد سبع حقن من الطرطير البزموتى وفى مدة شهر من العلاج . وحالة أخرى كان بها قرحة تشبه القرحة الاولى فى قيد الشفرين (Fourchette) التحمت بعد حقنتين من الطرطير البزموتى — والن — العلاج البزموتى مفيد جداً فى آلام الرأس النوعية وتوعك المزاج فى الزهرى الثلاثى ونشر ذكرى شفاء حالة ورم صمغى فى سقف الحلق الطرى متقرح فى ٢٠ يوماً . ونشر باسينى نتائج فائقة متعددة تحت الجلد وفى حالة التهاب عظمى سمحاقى وفى متنكرز فى عظام الجمجمة . وامتص الارتشاح ثانياً والتحمت القروح المفتوحة فى شهر بعد حقن من ثمانية الى عشر مرات . ونشر بوساداس عن تأثير التريبول فى التهاب الغشاء

المبطن للقلب الزهرى . وقد شاهدت تراجع العوارض الثلاثية السريع نتيجة العلاج البزموتى — التريبول والنيوتريبول —

زهرى المجموع العصبى

تبرهن كثير من التقريرات على فائدة العلاج البزموتى فى علاج المجموع العصبى . ولقد ظهرت فى هذه الحالات المقاومة للزرنيخ وكان البزموت اكثر فائدة فى هذا الصدد — هدلو ومليان (Hadelo & Milian) — ولقد نشر دسرت (Dessert) تحسناً كبيراً فى الالتهاب السحائى الحاد والمزمن الزهرى . وفى حالتين من حالات الشلل العمومى تحسن كثيراً الاضطراب العقلى وفى حالة واحدة نقصت كثيراً الاضطرابات الحركية ولقد وصل مارى (A.Marie) وفورسيد (Fourcede) الى نتائج سارة أيضاً ولقد شاهد تكسييه (Tixie) فى حالة زهرى وراثى فى المجموع العصبى تحسناً ظاهراً من الطرطير البزموتى . ولقد استفادت اكثر من العلاج العوارض المحدودة . والمرضى بالهزال النخاعى (Tabeties) الذين تحصل لهم نوبات ألم معدية يتحسنون أيضاً بالتريبول

التأثير المصلى

كان فرنيه وجنو أول من بحث تأثير البزموت على تفاعل واسرمان — ت . و — ولقد وجدا أنه فى أى دور من أدوار المرض يتأثر التفاعل تأثراً حسناً . ولقديكون سالباً قبل اتمام العدد الاول من الحقن والجدول التالى هو نتائجه التى نشرتها فى هذا الموضوع من قبل

ولقد وجد بلوخ أن ت . و . لم يتأثر بدرجة الاعراض الاكلينيكية . ودائماً يضعف تفاعل واسرمان بسرعة ولكنه يأخذ جملة أسابيع عادة وربما شهرين واكثر حتى يكون سالباً ولذلك يستعمل بلوخ الارسنيو بنزول مع

	سالب	جزئى	موجب
	فى المائة	فى المائة	فى المائة
الزهرى الابتدائى :			
قبل العلاج	٨	٢٥	٦٧
بعد العلاج	٦٣	٣٧	صفر
الزهرى الثانوى :			
قبل العلاج	صفر	٢٨	٧٢
بعد العلاج	٩٠,٥	٤,٥	٥

البزموت وكذلك وجد سدلاك (Sedlak) أن العلاج المركب من التريبول والنيوسلفرسان ينتج سلباً فى ت . و بأسرع من العلاج المنفرد وكذلك وجد بوساداس أن العلاج بالبزموت ينتج سلباً فى ت . و بأسرع من الزيبق و بأقل سرعة من الزرنيخ وبحث باسينى تأثير البزموت على ت . و . وتفاعل ساش جورجى (Sachs-georgi) ووجده بطيئاً وغالباً غير تام و وجد أن التفاعل فى المرضى الذين يتركون المستشفى بعد أخذ ١٠ — ١٢ حقنة ومقداراكليامن ٢,٥ — ٣ جرامات تريبول ناقصاً فقط وليس تام السلب . ولقد وجد والن أن التفاعل المصلى ولو أنه قد يبقى موجباً جزئياً الا أنه يتحسن دائماً تحسناً ظاهراً . ولقد وجد الن ت . و سالباً فى حالتى زهرى ابتدائى عولجا بالطرطير البزموتى . وفى التالى وجد ثمانى حالات من ٣٦ سالبة أى ٥٠ ٪ وقد كان التفاعل سالباً فى حالتين من ثمانية عولجا بالبزموت الفروى

ولقد حاول سيرم (Sirum) أن يقارن أدران البزموت والنيفوارسينو بنز ول التى يجب استعمالها الى جرامين فى المتوسط من الطرطير البزموتى ونصف جرام

من البزموت المرسب أو البزموت الفروى — النيوتريبول — ولايجاد نتيجة مشابهة باستعمال النيفوارسينو بنزول يحتاج الى ٥٩٦ جرامات . ولقد شاهد دفيني نتيجة حسنة فى حالتين وأكد دكرى على عكس ذلك أنه لم ير تأثيراً ما فى كل حالاته على ت . و. ولكن هذا التأكيد لا ينفى أن البزموت علاج مضاد للزهرى ذو قيمة . ومن المعلوم أنه مع الزرنيخ قد لا يأتى تفاعل واسرمان سالباً فى بعض الاحوال الا بعد شهور من العلاج . ومع ذلك لم ينكر احد فائدة المركبات الزرنيخية . ولقد يشاهد من كل هذه النتائج انه لا يزال سابقاً لاوانه تأكيداستمرارت . و سالباً بعدالدور الاول من العلاج بالتريبول ولكن يقال ان تأثير البزموت على التفاعلات المصلية يقارن من هذه الجهة بأقوى العلاجات المضادة للزهرى

البزموت فى الحالات المستعصية على الزرنيخ والزيبق

كثير من الكاتبين قد أوضح قيمة التريبول فى حالات الزهرى التى عادت بعد علاج الزرنيخ أو الزيبق فقد نشر فورنيه وجنو مثلا شفاء العوارض بعد ثلاث أوأربع حقن من الطرطير البزموتى وقد نشر دسرت نتائج طبية فى حالات استعصت على الزرنيخ وولن ايضاً نشر حالات استعصت على كلا الزرنيخ والزيبق ونال مليان (Milian) الشفاء فى حالة مزمنة من الزهرى الحلمى بعد خامس حقنة بعد ان استعصت على الزرنيخ والزيبق ونشر تسييه حالة زهرى وراثى فى المجموع العصبى قاومت الزرنيخ ولكنها تحسنت بسرعة بالتريبول . ولاحظ جلبرت (gulbert) شنكرا استمر يتسع بعد ٦٩٢٥ جرامات من النيوسلفرسان وحقن الزيبق الحلو ولكنه شفى بعد ثمان حقن من التريبول ويمدح رزند (Rezende) كثيراً التريبول فى حالات الزهرى التى تقاوم الزرنيخ والزيبق ولقد شوهدت مقاومة الزرنيخ والزيبق ومثل هذه المقاومة

لا بد أن توجد أيضاً ضد البزموت ونشر لورتات يعقوب (Lortat jacob) وروبرت حالة واحدة من زهرى ثانوى عولجت بشدة بملح بزموتى وقد ظهرت حلميات مخاطية اثناء العلاج وبعد ٧ حقن كل واحدة سنتيمتران مكعبان — ١٫٤ جرام — من الملح فى عشرين يوماً وقد تعطى المريض بحلميات مخاطية مملوءة بالتريبونيما وهذه هى الحالة الوحيدة المعروفة فى مقاومة البزموت ويظهر أن الدواء الاخير أحسن من حيث عدم رجوع الاعراض ومن حيث فائدته حيث لم يفد الزرنيخ والزيبق

درجة السمية ، المقدار وطريقة الاستعمال

قد جربت بالاشتراك مع سزراك مقدار سمية البزموت فى الارانب فيحتاج الارنب الى ٢٠٠ مليجرام من طرطيرات البزموت والبوتاس والصودى لكل كيلوجرام تعطى تحت الجلد ليموت . أما فى الوريد فيحتاج فقط لخمسة مليجرامات وفى حالة تعليقها فى الزيت (oily suspersion) لا يكون هذا التحضير مساماً وهذا الشكل — أعنى التريبول — هو الذى يستعمل فى العلاج والاعراض التى تظهر بعد العلاج بالبزموت غالباً هى خط بزموتى فى اللثة رمادى أزرق أو لون الاردواز والتهاب الفم وهذه الاعراض قالها دالش (Dalche) وفلجان (Veljean) من سنة ١٨٨٩ وعلى حسب ابحاث ازولى (Azoulay) ومليان وبيران (Perin) يحصل راسب من كبريتور البزموت (Bismuth Sulphide) فى خلايا الغشاء المغطى وخصوصاً الغشاء المبطن للأوعية أما من وجهة الانذار فان التهاب الفم البزموتى أحمد عاقبة جداً من الزئبقى . ويحدث غالباً فى الاشخاص الذين لا يعتنون بفمهم ولقد شاهد ولفر (Wolfer) امتصاص البزموت التدريجى بالاشعة فوجد العملية تختلف كثيراً

ويفرز البزموت (١) بالكلية (٢) بالغدد اللعابية (٣) بالقناة

الهضمية ولقد قرر ديملان (Demelin) وغيره أن البزموت يوجد مفرزاً فى البول بعد مضى ١٨ ساعة من حقن الاملاح الذائبة و بعد ٢٤ ساعة من حقن الاملاح التى لا تذوب و وجد أستينفلد (Steinfeld) وماير (Mayer) أن البزموت لا يوجد فى البول بعد ١٨ ساعة و وجد فورنييه وجنو أن الافراز يستمر لأزيد من ٣٠ ساعة أما على رأى باسيتى فيكون البزموت فى طريق الافراز بعد نصف ساعة من الحقن فى البول وكمية المفرز تتغير وشاهد ديكرى البزموت فى البول بعد مضى ٢٦ ساعة من الحقن وقال أن الافراز يستمر مدة طويلة بعد ايقاف العلاج و وجد أزولى البزموت فى اللعاب بعد ٢٤ ساعة من حقنة التريبول ويفرز البزموت بالامعاء الغليظة ككبريتور البزموت وشاهد ديملان البزموت فى الصفراء والدم وسائل النخاع المخى . ويجب استعمال التحضيرات غير الذائبة كالتريبول والتيوتريبول للحقن فى العضلات وتعمل الحقن بواسطة حقنة ٥ جرامات وأبرة غليظة نوعاً لأن السائل يكون سميكا أحياناً وأحسن موضع للحقنة هو الجزء العلوى من الاليتين وتعمل الحقنة مرة فى كل ناحية وليست قريبة جداً من موضع الحقنة السابقة وطريق الوريد خطر جداً ومقدار حقنة التريبول ٢ سنتيمتر مكعب — ٠٫٢ جرام من التحضير المؤثر — تكرر كل ثلاثة أو أربعة أيام حتى تصل الكمية الكلية الى ٢٫٨ أو ٣ حرامات وتكرر جملة الحقن بعد شهر الى أن يصير ت . و سالباً

مستحضرات البزموت المختلفة

قد استعمل أغلب المجربين طريق الحقن فى العضلات كما قدمت قبلا وقد استعمل طريق الوريد نادراً و بعد الاشتغال بجملة أملاح بزموتية فضلت استعمال التريبول — طرطير البزموت الصودى والبوتاس — حيث قد أعطانى أحسن النتائج . وقد استعمل جريشو ومشيتى سلسلات البزموت القاعدى

حقناً فى العضلات وظهر لهما أنه يتحمل أحسن من غيره — ٣ جرامات فى ٢٠ يوماً — و يكون أظهر أثراً فى عوارض الزهرى الثانوى والثلاثى وقد حقنا بطر يق الور يد يودو ر البزموت و بعد أن استعمل بلوخ أولا سترات البزموت استعمل أخيراً التر يبول غير المؤلم ولقد استعمل جوانسلم والعاملون معه طرطير البزموت الذائب فى محلول جلوكوز وجرب فوركيد (Fourkade) بأكسيد البزموت وجرب فورد (Fouard) والن البزموت الغروى بطر يق الور يد — البزموت الايونى (Bismuth Ionoid) — و باشتغالى أخيراً مع سزراك فضلت مستحضر نيو تر يبول الذى يصنع بعمل شينال (Chenal) و دلبت(Donllbet) بباريس وهو يحتوى على البزموت المعدنى المعلق فى محلول معقم متجانس (isotonic)وهذا التحضير يحتوى ٩٥٪ من البزموت المعدنى وهو يتحمل جيداً وله فوائد عظيمة فى أدوار الزهرى الثلاثة. ولا توجد الاعراض الفمية على استعمال النيوتريبول الا نادراً أما الالم فلا يوجد وأنا الآن أفضل النيوتر يبول عن كل المستحضرات الاخرى وهو يستعمل حقناً فى العضلات بمقادير من ١٫٥ الى ٢ سنتيمتر مكعب تكرر كل ثلاثة أو أربعة أيام وهو يستعمل الآن عادياً فى عيادة الدكتور فورنيه فى مستشفى كوشان (Hòp. Cochin) بباريس ولقد حققت ابحاثنا بواسطة بربودى مديناً (Barrio de Medina)

الخاتمة

مما سبق ذكره من تأثير البزموت فى علاج الزهرى يمكننى أن أستبقى استنتاجاتى التى نشرتها فى يوليه سنة ١٩٢٢ فطرطير البزموت البوتاس والصودى والبزموت المعدنى لهما تأثير شافى فى العوارض الزهرية فى كل أدوار الزهرى ومع أنه لم يستعمل البزموت الا حديثاً فانى أرى لى كل الحق فى اعتقاد أن البزموت اذا استعمل بسرعة فى علاج الزهرى يشفيه واذا استعمل بكمية كافية

وعدم ظهور عوارض الزهرى ثانية وتأثير الدوار على ت . و يستعملان كدليل على صحة هذا الرأى . واذا كان يساوى مستحضرات الزرنيخ فى التأثير العلاجى ويزيد فى ذلك عن مستحضرات الزيبق فأن البزموت — التريبول والنيوتر يبول — دواء ناجح ضد الزهرى وخصوصاً فى مظاهر المرض التى تقاوم مفعول الزرنيخ والزيبق . انتهى

الحمى الراجعة فى مصر

بحث فى تاريخها وأعراضها وأسبابها وطرق انتقالها مع ذكر مماثلتها للحمى الراجعة فى تونس والجزائر وممالك أفريقا الشمالية

(تابع ما قبله)

للدكتور كامل يعقوب

طبيب مركز شبراخيت

— ١٦ —

طريقة نقل الحمى الراجعة بواسطة الحشرات

الحمى والبق — انتقال الحمى بواسطة القمل — مجرد لذع القمل لا ينقل العدوى — حصول العدوى بواسطة اختراق السبير وكيتا للأغشية المخاطية والجلد المخدوش — نقل الحمى الراجعة الافريقية بواسطة القراد — تطور السبير وكيتا داخل معاء القمل والقراد

كان الاعتقاد عاماً فى بلاد الروس منذ زمن بعيد بأن الحمى الراجعة تنتقل من المريض الى السليم بواسطة البق . وفى عام ١٨٩١ كان فلوج [٥٠] (Flugge) نقلا عن ناتال [٥١] (Nuttal) أول من أشار الى امكان نقل الحمى الراجعة بواسطة الحشرات . وفى سنة ١٨٩٧ تمكن تكتن [٥٢] (Tictin) من نقـل الحمى الراجعـة الى القرد بواسطة حقنة تحت الجلد بدم البق الذى سبق وتغذى على دم المصابين بالحمى الراجعة ولم يمض على تغذيته اكثر من ٢٤ ساعة . ولاحظ كرستى [٥٣] (Christy) عام ١٩٠٢ وجود البق بكثرة فى الاحيـاء المزدحمة بالسكان والموبوءة بالحمى الراجعة فى بومباى بالهند . وفى سنة ١٩٠٨ أثبت ناتول [٥٤] (Nuttal) ان السبيروكيتا تفقد حركتهـا فى معاء البق بعد ٩٦ ساعة مع حرارة ١٢ سنتيجراد و بعد ٢٠ ساعة مع حرارة ٢٥ سنتيجراد

وأول من وجه النظر الى امكان نقل الحمى الراجعـة بواسطة القمل هو ماكى [٥٥] (Macki) فى سنة ١٩٠٨ فى بومباى . فقد تفشى فى تلك السنة وباء الحمى الراجعة بين تلاميذ وتلميذات احدى المدارس ولاحظ ماكى أن نسبة عدد المرضى بين التلاميذ الذكور اكثر جداً من نسبة المرضى بين التلميذات . فقد كانت النسبة عند الاولاد ١٣٨ مريض من ١٤٥ تلميذ وعند البنات ٣٥ مريضة من ١١٤ تلميذة . ومما استلفت نظر ماكى أن اجسام الاولاد كان بها كثير من القمل بخلاف البنات اللائى كن خاليات تقريبا من هذه الحشرات

وقد اجرى ماكى تشريح القمل بعد تغذيته على دم المصابين بالحمى الراجعة فوجد السبيروكيتا بكثرة فى معدة القمل ووجدها كذلك فى المعاء وفى أنابيب مالبيجى (Malpighian tubes) وفى افرازات الفم وتمكن كذلك من نقل الحمى الراجعة الى القرد بواسطة وخزه بابرة مجوفة ملوثة بدم مصاب بالحمى الراجعة . وهذه التجربة هى ما حدث بالسير روجرس [٥٦] (Rogers)

فى سنة ١٩١٠ لأن يقترح باحتمال نقل الحمى الراجعة بواسطة البعوض وذلك بواسطة خراطيمها الملوثة بالدم ولـكنه لم يظهر فى عالم الابحاث فيما بعد ما يؤيد هذه الفكرة

وفى سنة ١٩٠٩ تمكن جراهام سمث [8] (Graham Smith) فى مصر من نقل الحمى الراجعة الى القرد بواسطة حقنة تحت الجلد بالمواد التى تخرج من القمل بعد سابق تغذيته على دم ملوث وفعصه . و فى السنة نفسها أثبت ناتان لاريبه [57] (Nattan-Larrier) أن سبيروكيتا الحمى الراجعة يمكنها الدخول لجسم الفيران البيض بواسطة اختراق الجلد اذا كان هذا الجلد رقيقاً و به كثير من الأوعية الدموية و يمكنها كذلك اختراق الاغشية المخاطية وملتحمة العين

و فى عام ١٩١٠ بحث سارجان وفولى [21] (Sergan & Fole) هذا الموضوع فاتضح لهما أن السبيروكيتا بعد دخولها فى معدة القمل مع الدم الملوث تبدأ فى الاختفاء بعد مضى ٢٤ ساعة . وتمكنا من نقل الحمى الراجعة من الانسان للقرد بواسطة حقن الاخير تحت الجلد بالمواد المستخرجة من القمل بعد فعصه و بعد سابق تغذيته على دم ملوث . على أنهما لم يتمكنا من نقل الحمى من الانسان للقرد بواسطة لدغ القمل الذى سبق وتغذى على دم يحوى السبيروكيتا ومع ذلك فانهما تمكنا من نقل هذا المرض الى شخصين بواسطة تغطيتهما بملابس مرضى بالحمى الراجعة كانت تحوى عدداً كثيراً من القمل

وفى عام ١٩١١ قام بلفور [51] (Balfour) ببعض التجارب عن نقل الحمى الراجعة (النوع المصرى) بواسطة الحشرات فكانت نتائجه كلها سلبية

وقد ازداد هذا الموضوع وضوحاً بابحاث نيكول و بليزو وكونسيل [24] (Nicolle, Blaizot & Consel) فى عام ١٩١٣ فى تونس . ولم يتمكن هؤلاء الاساتذة من نقل الحمى الراجعة الى الانسان أو الى الحيوان بواسطة مجرد لدغ القمل بعد سابق تغذيته على دم ملوث وذلك بالرغم من التجارب العديدة التى

أجروها . وقد اتضح لهم بعد تشريح القمل واستعمال الالترامیکروسکوب أن السبيروكيتا بعد دخولها فى معدة القمل تختفى فى زمن قصير ولكنها تعود الى الظهور بعد فترة من الزمن تبلغ الثمانية أيام وتبقى موجودة مدة اثنى عشر يوماً

ولما كانت السبيروكيتا لا تنقل للانسان بواسطة لذع القمل فقد استنتج نيكول وزميلاه أن العدوى تحصل بالطريقة الآتية : وهى أنه عند ما يلذع الانسان بالقمل يحصل تهيج مكان اللذع يضطره الى حك جلده فينشأ عن ذلك خدش بالطبقة السطحية من الجلد وفى الوقت نفسه تفعص القملة وتدخل السبيروكيتا بواسطة الجلد . أو أن الشخص قد يفعص القملة بأظافره وقت الحك ثم يلمس عينيه أو الاغشية المخاطية بأصابعه الملوثة وتدخل السبيروكيتا بواسطة اختراق هذه الاغشية الى الدورة الدموية . وقد أثبتوا هذه الاستنتاجات عملياً بواسطة التجارب الآتية :

أولا — أخذ قملة وغذيت على دم مصاب بالحمى الراجعة وبعد تسعة أيام فعصت القملة ودعكت فوق جلد شخص بعد خدشه قليلا فأصيب هذا الشخص بالحمى الراجعة

ثانياً — فعصت القملة المصابة ومزجت بقليل من محلول الملح ووضع السائل فى عين شخص آخر فأصيب هذا الشخص بالحمى الراجعة

وقد أثبت هؤلاء الاساتذة كذلك فى حالة واحدة ان السبيروكيتا قد تنتقل من القملة الى صغارها بواسطة الوراثة كما أثبتوا أن قملة الرأس يمكنها نقل العدوى مثل قملة الجسم

ولمناسبة ما ذكر لاحظ سارجان[٥٨] (Sergent) فى عام ١٩١٢ الملاحظة الآتية : وهى أنه كان يحقن احدى القردة بدم ملوث بالسبيروكيتا وكان يساعده فى عمله ثلاثة أشخاص أحدهم يلبس نظارة على عينيه والآخران لا يلبسانها . وحدث أن خرج الدم من الحقنة عن غير قصد فأصاب رشاشه عيون مساعديه

ونتج عن ذلك أنه أصيب الشخصان اللذان لم يحملا نظارات على عينيهما بالحمى الراجعة وأما الثالث الذى كانت تحمى عينيه نظارة فلم يصب بها

وقد أيدت ابحاث سارجان وفولى[٥٩] (Sergent & Foley) فى عام ١٩١٤ الآراء السالفة . اذ أمكنهما نقل الحمى الراجعة من الانسان للقردة بأن أخذا القمل المصاب بعد تغذيته وفعصه ومزجا به قليلا من المحلول الملحى ووضعا المحلول على الغشاء المخاطى لأنف أحد القردة وفى كيس ملتحمة العين فى قرد آخر فأصيب كلاهما بالمرض

وأثبت نيكول و بلان[٦٠] (Nicolle & Blanc) فى سنة ١٩١٤ أن السبيروكيتا تكون اكثر سمومية فى جسم القمل فى الدور الذى يسبق والذى يتبع عودتها الى الظهور مباشرة

وقد أورى كوخ[٦١] (Jos. Koch) حديثاً أن قملة الجسم هى التى تنقل الحمى الراجعة فى أوروبا . ووجد ورنر وويس[٦٢] (Werner & Wiese) السبيروكيتا فى قملة الرأس كذلك

وبينما كانت هذه الابحاث جارية بخصوص طريقة نقل الحمى الراجعة فى أوروبا والهند وشمال أفريقا كانت هناك أبحاث أخرى بمكان عظيم من الاهمية العلميـة تجرى لمعرفة طريقة نقل الحمى الراجعة فى اواسط أفريقيا بواسطة القراد . واول خطوة فى هذا الموضوع كانت الاكتشاف الذى توصل اليـه مارشو وسالمبينى[٦٣] (Marchoux & Salembeni) عام ١٩٠٣ من أن السبيروكيتا فى الدجاج تنقل بواسطة القراد . وهذا ما حدا بالدكتور روس وملن[٣٩] (Ross & Milne) فى عام ١٩٠٥ للتفكير بأن الحمى الموجودة فى أواسط أفريقا والتى كان الناس يعتقدون بأنها تنقل بواسطة القراد ربما كان سببها سبيروكيتا وقد ثبت لهما ذلك بواسطة الفحص الميكروسكوبى . وفى الوقت نفسه أرسل دتون وتود (Dutton & Todd) من بلاد الكونجو

اشارة برقية الى لندرة يقولون فيها أن السبيروكيتا هى سبب حمى القراد وأن القراد ينقل العدوى

واستمر بعد ذلك دتون وتود [٦٤] فى بحثهما فظهر لهما أن الكروماتين الذى بداخل السبيروكيتا يتجزأ الى قطع صغيرة فى معاء القراد وهذا ما حدا بهما للظن بأن السبيروكيتا قد تأخذ دوراً نشوئياً (Evolutionary circle) فى أجسام هذه الحشرات . بمعنى أن السبيروكيتا تتكاثر بطريقتين الاولى بواسطة الانقسام الى اثنين مباشرة والثانية بواسطة انقسام الكروماتين داخل السبيروكيتا المتكيسة (Encysted spirochaete) الى حبيبات تتحول كل منها بعد ذلك الى سبيروكيتا جديدة

ثم جاءت بعد ذلك ابحاث السير ليشمان [٦٥] (Sir W. B. Leishman) عام ١٩٠٩ فقد لاحظ هذا البحاثة أن السبيروكيتا بعد دخولها فى معاء القراد تفقد حركتها فى وقت وجيز و بعد ذلك تفقد شكلها الخاص وتخرج منها حبيبات ليشمان (Leishman's granules) . وقد شاهد هذه الحبيبات داخل الخلايا المبطنة لقنوات مالبيجى (Malpighian tubules) وفى أنسجة المبيضين وقنواتهما و فى جنين القراد . وأجرى ليشمان حقن القردة بخلاصة القراد المطحون والذى كان يحوى هذه الحبيبات ولكن لا يحوى سبيروكيتا ظاهرة فانتقلت اليها الحمى ولذلك استنتج ليشمان [٦٦] فى ١٩١٠ أن العدوى بحمى القراد ربما تنشأ من خروج هذه الحبيبات مع افراز القراد وتلوث الجرح الناشىء من عضة القراد بهذه الافرازات

وقد أيد ابحاث ليشمان فيما بعد الدكتور فانتام (Fantham) فى عام ١٩١١ [٦٧] وفى عام ١٩١٥ [٦٨] و بلفور فى عام ١٩١١ [٦٩] وهندل [٧٠] (Hindle) فى عام ١٩١٢ . ولو أن مارشو وكوفى [٧١] (Marchoux & Couvy) اللذين شاهدا هذه الحبيبات فى بعض انواع القراد صرحا بأنه ليس لها أى علاقة بالسبيروكيتا

ولـكن ليشمان [٧٢] عاد فى سنة ١٩١٣ وقرر انه شاهد خروج سبيروكيتا صغيرة متحركة من هذه الحبيبات فى حالتين

والذى نستنتجه من الابحاث السابقة هو أن السبيروكيتا يطرأ عليها تغيير فى اجسام القراد والقمل وأن مجرد لدغ هذه الحشرات لا ينقل العدوى . واذا قارنا بين ابحاث ليشمان فى نقل الحمى الراجعة الافريقية بواسطة القراد و بين ابحاث نيكول وزميليه فى نقل الحمى الراجعة بواسطة القمل وجدناها متماثلة من حيث طريقة العدوى فقد استنتج ليشمان ان العدوى تحصل بواسطة تلوث الجرح الناشئ من عضة القراد بواسطة افرازات هذه الحشرات واستنتج نيكول ان العـدوى تحصل من تلوث الجلد المخدوش نتيجة الحك او تلوث الاغشية المخاطيـة بالمواد التى تخرج من القمل بعد فعصه . وبهذه المناسبة نذكر ان تود [٧٣] (Toder) عثر فى عام ١٩١٣ على السبيروكيتا كما هى فى افرازات القراد وان بول ومونبلييه [٧٤] (Bault & Montpellier) شاهدا السبيروكيتا فى عام ١٩١٤ فى عرق ودموع المرضى المصابين بالحمى الراجعة

(البقية تأتى)

علاج الرمد الصديدى عند الكبار

نقلا عن المجلة الرمدية البريطانية

ملخصة عن الدكتور الليصون بعنوان :

"Heterobacteriotherapy in gonococcal Conjunctivities of Adults"

تعريب الدكتور احمد بك فهمى الرشيد

أعلن الدكتور داريو (Darier) فى سنة ١٩١٠ أن كل مصل مضاد للسموم الميكروبية فضلا عن تأثيره النوعى فى ميكروب معين فان له خاصية لا تنكر

فى اعطاء أنسجة الجسم المريضة بأى نوع من الميكروبات زيادة فى قوة المقاومة بحيث يمكنها التغلب قليلا أو كثيراً على الاعراض الناشئة عن ذلك النوع من الميكروب . ولقد عالج بلوخ (Bloch) ثلاث حالات التهاب مفصلى سيلانى بالحقن داخل العضل بلقاح التيفوئيد (of Bleiffer-Kolle) وحصل على الشفاء التام

وكان فون زيلى (Von Szily) وستيرنبرج (Sterunberg) أول من حقن لقاح التيفوئيد فى علاج الرمد الصديدى ففى سنة ١٩١٧ نشرا النتائج الحسنة التى حصلا عليها فى اثنى عشر حالة رمد صديدى جونوكوكى عند البالغين فقد لاحظا حصول احتقان العين المصابة بعد عمل الحقنة بقليل و بعد مضى ساعات قليـلة خفت وطأة ورم الاجفان والألم و بعد مضى عشر ساعات الى ٤٨ ساعة اختفى ميكروب السيلان من الافرازات

وفى السنة الثالثـة نشر زيلى وشيرنبرج نتائج علاج أربعين حالة ففى العشرين التى لم يكن بهـا تقرح فى القرنية حصل اجهاض المرض أى أوقف سيره بسرعة وأما العشرون الآخرون المصابة بتقرح قرنى فقد شفى ١٤ منهـا مع تخلف عتامة مختلفة الحجم بالقرنية وفى الحالات الستة الباقية كانت القرنية مرتشحة من أول المرض فحصل بها انثقاب . و يعتقد هذان المؤلفان أنه لا توجد طريقة أخرى علاجية لهذا المرض تسبب زوال أوزيما الاجفان بهذه السرعة مع زوال ميكروب السيلان من الافرازات . ولهذا العلاج لا توجد ضرورة للعلاج الموضعى

ولقد جرب الليصون بجنوة (Allisson) طريقة العلاج هذه فى ثلاث حالات وشرح تفاصيلها . فالحالة الأولى كانت شديدة جداً بسبب اصابة جرحية وتأخير استعمال اللقاح فكانت النتيجة سيئة كما هو المنتظر . أما الحالتان الاخريان فنتيجتهما حسنة ولذا فان الليصون مقتنع بنجاح العلاج . ولقد حصل ارتفاع

فى درجة الحرارة لكل منهما بعد حقنة اللقاح لدرجات ٣٨٫٤ ، ٣٨٫٦ ، ٣٩

وهاك طريقة تحضير اللقاح التى يستعملها زيلى وستيرنبرج

خذ خمس أنابيب أجار مجموع سطحها خمسة سنتيمترات مربعة ولقح كل واحدة منها باثنين ملليجرام من باسيل التيفويد المحضر حديثاً و بعد تفريخها لمدة ٢٤ ساعة يخفف الزرع الناتج فى ٣٠٠ سنتيمتر مكعب من محلول ملحى و يترك المستحلب الناتج لمدة نصف ساعة ثم يضاف حمض الفنيك بنسبة ½ فى المائة فاللقاح الناتج يبقى صالحاً للاستعمال عدة شهور

اهمية العلاج الاجهاضى

الدكتور احمد قدرى

فى ٢٧ يناير ألقى حضرة الزميل الفاضل الدكتور ابراهيم صبرى محاضرة فى الجلسة الثانية عشرة من جلسات الجمعية الطبية المصرية فى الاسكندرية وكان لى الحظ فى حضور تلك الجلسة وسماع محاضرته المفيدة التى كان موضوع البحث فيها « الجديد فى دراسة الدرجة الأولى من الزهرى وأهمية علاجه الاجهاضى » واتفق انى أبديت بعض ملاحظات فى بعض نقط فى الموضوع وأود الآن أن أعزز الكلام بالبيان الآتى حباً للفائدة العلمية وخدمة للفن :

لا شك فى أن الاسراع بمعالجة الزهرى ولا سيما متى كان فى الدرجة الأولى هو من مقتضيات الواجب والحقائق العلمية التى لا يجوز التغاضى عنها لما لها من عظم التأثير فى شفاء المريض وتقصير مدة المعالجة غير انى لاحظت أن حضرة الزميل الدكتور ابراهيم صبرى بعد التداوى فى الدرجة الأولى بحقن ٥ — ٦ غرامات نيوسلفرسان بشرط معاينة الدم فى كل خمسة أيام مرة بتفاعل

واسرمان وظهور نتيجة سلبية له فى كل مرة كافية للشفاء التام وأنا أرى ذلك تفاؤلا يجب التفكير فى عواقبه قبل قبوله على علاته . أن اللولبيات الزهرية تشاهد فى الدم بكثرة بعد اليوم الخامس من العدوى . ولقد لقح قرد بدم أحد المصابين بعد العدوى بخمسة أيام ولم تكن القرحة الصلبة ظهرت فى ذلك المصاب فكانت النتيجة ايجابية أى ان القرد الملقح أصيب بالعدوى وحصلت النتيجة عينها فى قرد لقح من طحال المصاب بعد العدوى بأربعة عشر يوماً

ومن المعلوم أن تفاعل واسرمان لا يكون فى معظم الحوادث ايجابياً الا حوالى الاسبوع الثانى من تاريخ العدوى . ولقد شاهد كليمان سيمون وجاستيل وقائع اظهرت لهما أن التفاعل المذكور قد يكون سلبياً بعدالعدوى بخمسة وستين يوماً وذكر جوجيرو أنه شاهد واقعة تأخر فيها تفاعل واسرمان الى ما بعد ظهور القرحة بمئة يوم

ان تفاعل واسرمان علامة مهمة من علائم الزهرى ولكنه ليس بعلامة ثابتة بدون استثناء فلا يمكن والحالة هذه التأكيد بأن العامل المرضى لا ينتشر فى الجسم ما دام تفاعل واسرمان غير ايجابى فنكتفى بالتداوى القليل الذى أشار اليه حضرة الزميل ونؤكد للمريض حصول الشفاء فنجعله عرضة لعواقب هذا الداء الكثيرة الخطرة

تفضل الدكتور فأورد برهاناً لاثبات هذه الطريقة بقوله « ان المصاب بالزهرى اذا لقح ثانية باللولبيات الزهرية فتكون نتيجة التلقيح حسب درجة مرضه فاذا لقح وهو فى الدرجة الاولى تظهر قرحة واذا لقح فى الثانية تظهر Papule وفى الدرجة الثالثة ورم صمغى وان ظهور القرحة الصلبة ثانية فى بعض من عولجوا بهذه الطريقة دليل على شفائه من الاصابة الأولى

وان التلقيح فى أوائل الدرجة الأولى ممكن ولكن لا يظهر فى محل التلقيح قرحة كالقرحة المعتادة بل تظهر Papule وأما التلقيح فى أواخر الدرجة

الاولى وفى الدرجة الثانيـة فلم يتمكن معظم المجربين « بكسر الراء » من مشاهدة نتيجة ايجابية له مع كون تلقيح المصاب - وهو مصاب — أمر سهل ميسور . والنتائج القليـلة التى توصل اليهـا فنجر ولاندستيز وهى عبارة عن مشاهدة papule lenticulaire فى محل التلقيح فى الدرجة الثانية لا تعد كافية للتأكيد بأن ذلك أصبح من الحقائق الراهنة العمومية

انى أشارك حضرة الزميل المفكر بامكان وجود مريض عولج معالجـة اجهاضية على الطريقة التى ذكرها ثم أصيب بالزهرى اصابة جديدة . فقد ثبت مثل ذلك حتى فى بعض من عولجوا بعد ان صار تفاعل واسرمان ايجابياً فيهم . ولـكن هل يقال أن وجود مثل هـذه الامثلة النادرة يكفى للحكم القطعى بصحة الطريقة المتقدمة ؟ اذا نحن بحثنا فى هذه القضية من الوجهة النظرية والمنطقيـة لا نتردد فى القول « نعم » ولـكن البحث العملى والطبى يوجب القول « لا » لأن البنية الشخصية تختلف كثيراً باختلاف الاشخاص وتأثير الدواء فى مختلف الاشخاص لا يكون متشابهـاً حتى ان اللولبيات الزهرية المختلفة لا يمكن أن يعد فعلها متماثلا . وبمـا أن الزهرى مرض قلما تشابهت الاصـابات به فانى أرى رأى القائلين باطالة المعالجة الاجهاضية « اذا صحت التسمية » سنة كاملة حسب القواعد المتبعة فى معالجة الزهرى وملاحظة المريض سنة أخرى وذلك بفحص دمه على طريقة واسرمان فى كل شهرين مرة وفحص مايع النخاع الشوكى أيضاً فى كل ستة شهور مرة . وعند التحقق من سلبية نتائج هذه الفحوص كلها يمكن أن يقال للمريض أنه نال الشفاء ويمكنه الزواج بكل طمأنينة وفقاً لرأى جمعية الزهرى الطبية فى باريز فى زواج من يكونون فى هذه الحالة

هذه هى الملاحظات التى أود ابداءها وانى أغتنم هذه الفرصـة لشكر الجمعية الطبية المصرية فى الاسكندرية على تلك المحاضرات المفيدة التى تفتح

باب البحث فى مثل هذه المواضيع العلمية لأن الحقيقة بنت البحث
الاسكندرية فى ٢٤ مارس سنة ١٩٢٣

اعمال اطباء المراكز

للدكتور محمد زكى شافعى

يدخل خدمة مصلحة الصحة العمومية الكثيرون من الاطباء الجدد عقب تخرجهم من مدرسة الطب المصرية وغيرها وأغلبهم يشتغلون فى المراكز والاقسام وقد مضى على اكثر من عشر سنوات لاحظت فيها الصعوبات الجمة التى يلاقيها الطبيب الجديد فى القيام بالوظائف العديدة التى يشغلها وقد يقوم احياناً طبيب حديث العهد بصحة المراكز بأعمال طبيب مركز وتعهد اليه مسائل هامة جداً فيرتبك فيها ويحرج مركزه وذلك لسببين الاول والأهم عدم وجود منهج لدراسة صحية بعد نيل الدبلوم والثانى عدم تمرين الاطباء لمدة كافية مع أطباء البنادر والمراكز الكبيرة بصفتهم مساعدين لهم أو كمعاونين بتفاتيش صحة المديريات

ولذلك رأيت ان اشرح بايجاز اعمال طبيب المركز وطرق القيام بهذه الاعمال بكفاءة وأبين فى المواضيع المناسبة المطبوعات التى يرجع اليها

أذكر بادىء ذى بدء قائمة الاعمال المطلوب من طبيب المركز القيام بها الآن :

(١) اكتشاف الامراض المعدية ومقاومتها وعلاجها بالمنازل

(٢) الكشف على المصابين والمتوفين فى الحوادث الطبية الشرعية

(٣) المعاينات للمحلات المضرة بالصحة العامة

(٤) الجلوس فى القومسيونات الطبية أحياناً والكشف على الموظفين المرضى

(٥) الكشف على الخفراء عند دخولهم الخدمة

(٦) الجلوس فى القومسيونات المحلية والبلدية

(٧) التفتيش على دورات المياه بالمساجد وعمل التقارير عنها

(٨) الكشف على المتوفين فى البنادر وفى القرى أحياناً

(٩) التفتيش على الاطعمة والاشربة

(١٠) تعيين نقط للجبانات وللذبح

(١١) القيام بأعمال أطباء المعارف والسجون أحياناً

(١١) الكشف على المجاذيب

(١٢) معاينات البرك وعمل التقارير والرسوم عنها

(١٣) اسعاف الولادات المتعسرة

(١٤) تحنيط الجثث واتخاذ الاحتياطات للتصريح بنقلها

(١٥) الجلوس فى امتحان الحلاقين والدايات أحياناً

(١٦) ممارسة مهنته

(١٧) تحرير محاضر المخالفات الصحية والتفتيش على الدفاتر الصحية

وسأبدأ فى المقال التالى بشرح هذه الاعمال ؟

المنصورة فى ٢ مايو سنة ١٩٢٣

الانسداد المعوى التقلصى

Spastic Intestinal Obstruction

مترجمة من البريتش مديكال جورنال

للدكتور عبد الحميد العرابى

يقول الدكتور جاكو بسون (jacobson) فى مجـلة هوسبتاليستيدند (Hospitalistidende) عدد نوفمبر سنة ١٩٢٢ صحيفة ٧٥٣ أن بعضاً من الجراحين لا يعتقدون بوجود انسداد معوى تقلصى (Spastic Ilens) ومع أنه حقيقة توجد حالات انسداد معوى تقلصى فمن الحـكمة أن يكون هذا التشخيص آخر ما يفكرون فيه لأنه لو كان هذا النوع من التشخيص مستعملا بكثرة لترك كثيرا من العمليات المنجية للحياة دون أن تعمل . وقد جمع الدكتور سون (Sohn) لغاية سـنة ١٩٢٠ ثلاثين حالة وفى نفس هذه السنة جمع الدكتور ناجل (Nagel) خمسة وأربعين حالة تحقق فيها التشخيص بعد الوفاة بالصفة التشريحية . وان أهمية الحالة التى نشرها المؤرخ هى فى أنها عمل لها عملية فتح البطن مرتين فى بحر يوم ونصف يوم وفى كلا المرتين لم يوجد هناك سبب يبرر وجود الانسداد خلاف تقاص المعى

وكانت المريضة طفلة تبلغ من العمر سبع سنوات دخلت المستشفى وعندها ألم شديد تحت وفى الجهة اليسرى من السرة وكان عندها احتباس فى الغائط والغازات وكانت تتقايأ كثيراً من المواد المخاطية وكانت البطن بها انتفاخ قليل وفى أثناء وجود المغص كان يمكن مشاهدة شكل تقلصات الامعاء فى الجهة اليمنى من البطن وقد ظهرت عند فتح البطن أجزاء من المعى بعضها منتفخ بالغازات والبعض الآخر خال من الغازات ومنكمش وكان التغيير من احدى هاتين الحالتين الى

الأخرى فجائياً . ولـكن لم يشاهد وجود ضيق فى احدى هذه الاجزاء

وبما أن الاعراض ازدادت خطورتها بعد العملية فقد فتحت البطن مرة ثانية ولـكن لم يوجد هناك ما يبرر هذه الاعراض

وأخيراً شفيت المريضة تماماً بعد علاجها بغسل المعدة والحقن الشرجية واعطائها زيت الخروع

السعال الديكى

معربة عن البرا كتشز عدد مارس سنة ١٩٢٣

مع أن ميكروب السعال الديكى معروف غير أن استعمال فاكسين نيكول و بليزوت لا يأتى بنتائج مؤكدة وهذا يلزمنا باستعمال العلاج القديم الذى يؤثر على الافراز الشعبى ولذا يستعمل الاطباء التربين والجومنول ومعسل يصل العنصل ومسحوق دوفر . وينصح ويل الطبيب بليون باستعمال الاستنشاقات المطهرة وهو يستحسن الـكينولين — ٢٠ نقطة فى ٠ر١٠٠ جرام تغلى مدة عشرين دقيقة فى حجرة المريض . ثلاث أو أربع مرات فى اليوم . أما شاميل فينصح باستنشاق الاكجسين أو التنزه فى الهواء الطاق ولـكن هذه الطريقة ليس لها التأثير المباشر على التشنج Spasm. Element و يستعمل فى الاحوال البسيطة الانتبيرين والبلادونا والـكينين

انتبيرين	—ر١ جرام
شراب البلادونا	—ر٢٠ «
ماء زهر البرتقال	—ر١٠٠ «

وشراب البـلادونا يحتوى على ٠ر٢ جرام من الصبغة فى عشرين جرام

من الشراب . ويعطى بمقدار ملعقتى شاى صغيرتين فى اليوم لطفل عمره ٣ سنوات وفى الساعة الثامنة يعطى اللبوس الآتى

كلوريدرات الكنين	٢٠ر٠ جرام
زبدة الكاكاو	٠٠ر٢ «

وبعد جرعة الانتبيرين يمكن استعمال فورميات ايتون الاثيل (Aethone formiate o fEthyl) بمقدار عشر نقط ثلاث مرات أو أربعة فى اليوم . ويدعى ماجت أن بنزات البنزين تفيد جداً فى تخفيض عدد النوبات وهى تعطى بمقدار (محلول كؤلى ٢٠ ٪) ٥ — ٤٠ نقطة فى قليل من الماء ثلاث مرات أو أربعة فى اليوم

وفى الاحوال الشديدة تتخذ اجراءات أقوى فيستعمل البروموفورم والمورفين وهناك طريقة ثالثة مؤلمة الاستعمال وهى حقن الاثير بين العضل تلك الطريقة التى ينصح باستعمالها أودرين (Audrain) بمقدار ١ سنتيمتر لمن عمره لغاية ثمانية شهور و٢ سنتيمتر للاكبر من ذلك وغالباً تكفى ثلاثة حقنات مقدار الواحدة ٢ سنتيمتر مكعب . . ويعطى مرفان

بروموفورم	٤٨ نقطة
زيت اللوز الحلو	موكل ر١٥ جرام
صمغ عربى	
شراب زهر البرتقال	
ماء لغاية	ر١٢٠

وكل ملعقة شاى تحتوى على ٢ نقطة من البروموفورم . ويعطى بمقدار أربع نقط لكل سنة من العمر واذا حصل أرق أو اسهال أو طفح جلدى عقب تعاطى هذا الدواء يجب ايقافه

أما المورفين فيعطى فى تقلصات اللهاة التى أكثر ما تكون خطرة عند

ما يحصل فى السعال الديكى فيعطى ⅕ سنتيجرام تحت الجلد مبتدئاً من سن سنة وبحسب شدة نوبات السعال . ويمكن تكرارها مرة أو اثنين فى اليوم ويعطيها ويل وبيهو من ثلاثة أيام تعقبها ثلاثة أيام راحة وهلم جرا . وغالباً يعطى المورفين بمقدار ½ للجرام لكل سنة من العمر غير أنه فى تقلصات اللهاة يجب زيادة هذا المقدار

تقريظ الكتب ونقدها

أهدانا الدكتور نجيب بك محفوظ الطبعة الثانية من مؤلفه « فن الولادة » باللغة العربية وهو يقع فى ٦١٨ صفحة وفهرست اجمالى عن الفصول فى أول الكتاب ويليه فهرست آخر مرتب حسب الحروف الأبجدية فى آخره .

وقد عنى باعادة طبعه طبعاً جيداً بحروف واضحة بعد أن نقحه تنقيحاً دقيقاً وقد أضاف اليه فصولا جديدة حتى بلغ ضعفى حجمه السابق وشرح كل فصل من فصوله شرحاً وافياً بدقة وعناية فائقة واصفاً العمليات مع شرحها بالرسومات والاشكال العديدة ويحتوى هذا الكتاب على ٢٥٨ شكلا وهذا مما يسهل على القارئ فهم عباراته باسلوب وجيز

وقد بدأ الفصل الأول من مؤلفه بالكلام على الميكروبات أو الجراثيم والدور المهم الذى تلعبه هذه الميكروبات من احداث الحمى النفاسية وطريقة تولد هذه الميكروبات ووصفها وأنواعها وطريقة استنباتها وطريقة تعقيم المراد منها وكيفية تأثيرها على الانسجة وطرق المعالجة بالمصل والفاكسين ثم تكلم على تشريح الحوض والعظام الداخلة فى تركيبه ووصفها وصفاً وافياً ثم شرح أعضاء التناسل وفسيولوجيتها ثم الفسيولوجية العمومية للحمل واصفاً تكوين البويضة ونموها وتلقيحها ونمو الجنين والدورة الجنينية وصفاً مسهباً ثم تطرق الى الكلام

على الحمل والولادة وظواهرها وتشخيصهما وعلاماتهما وعلى كيفية التحضير للولادة ووصف الآلات الخاصة بها مبيناً كل ذلك بالاشكال والرسومات وأخذ بعد ذلك يصف أنواع المجئ والحمل التوأمى وأمراض الحوامل والاكلمسيا واسبابها وأعراضها وتشخيصها وعلاجها ثم ابتدأ يتكلم بعد ذلك على الاجهاض والسقط والولادة المعجلة وقد شرح أسباب الاجهاض وأنواعه وعلاجه وطرق اخلاء الرحم وقد أفاض فى الكلام على هذا الموضوع وأجاد البحث فيه مما يشهد بمتانة الدكتور نجيب بك وتجاربه الواسعة فى فن الولادة ثم انتقل الى الكلام على الحمل خارج الرحم والنزف قبل و بعد الولادة والولادة العسرة وقد أسهب فى شرح هذا الموضوع وألم به من جميع وجوهه

أما عن الحمى النفاسية فقد خصص لها حضرة الدكتور فصلا مطولا تكلم فيه عن كثرة انتشار هذه الحمى فى مصر خصوصاً بين طبقة الفلاحات ناسباً ذلك الى جهل الدايات وقذارتهن فقد ذكر انه حضر الى مستشفى قصر العينى سنة ١٩٢١ أكثر من أثنى عشر الف مريضة من الفلاحات المصابات بما تخلف عن حمى النفاس ونتائج الجهل باصول الولادة هذا فى قصر العينى وحده ناهيك عن الألوف التى تحصل فى جميع انحاء القطر ولم تصل الى أيدى الطبيب

وقد رأى الدكتور نجيب بك أهمية هذا الموضوع وقد وفاه حقه شارحاً الطرق التى يجب اتباعها للوقاية من حمى النفاس واسبابها وانواعها الأكلينيكية والاعراض العمومية لها وكيفية علاجها فقد ألمّ حضرة الدكتور نجيب بك محفوظ بكل دقائق هذا الموضوع ولم يترك صغيرة لم يتكلم عنها وحقاً نقول ان هذا الفصل أحسن ما كتب فى هذا الموضوع

وقد شرح طريقة تمريض الاجهاض والولادة المعجلة ثم طريقة ثقب الجمجمة وتقطيع الجنين ثم أخذ يتكلم بعد ذلك على العملية القيصرية آتياً على وصف تاريخها والراجح أن اطباء قدماء المصريين كانوا اسبق اطباء الامم

الى اجراء هذه العملية فى النساء اللواتى يمتن فى غضون المخاض واما اجراؤها فى من تبقى حية منهن فحديث العهد ويرجع تاريخ أول عملية الى سنة ١٦١٠ وقد عاشت المريضة اسبوعين بعد العملية ثم وصف بعد ذلك دلالات العملية وطريقة عملها

وقد ختم حضرة الدكتور كتابه بالكلام على الاعتناء بالمولود وطريقة ارضاعه بعد الولادة وطريقة علاج الاسفكسيا وعمل التنفس الاصطناعى والعناية بالطفل السليم ومميزاته وكيفية ارضاعه والانتباه الى المرضع واوقات الرضاعة والارضاع الصناعى وطريقة وأهمية فحص الامعاء وأسباب الاعتلال والعلاج

وقد عنى الدكتور نجيب بك بانتخاب الاصطلاحات الطبية العربية الصحيحة التى تؤدى الى فهم المعنى الحقيقى بكل سهولة وبدون تحريف فى المعنى حتى يصح أن يكون مؤلف حضرته قاموساً يرجع اليه فى الالفاظ العربية وكتاباً مرشداً لكل مشتغل بفن الولادة

وانا لا يسعنا الا أن نطالب حكومتنا السنية بأن تعمل على تشجيع رجالنا العاملين على انتشار مؤلفاتهم حتى تعوض عليهم المجهود العظيم والوقت الثمين الذى اضاعوه فى تأليف كتبهم بأن تقرر تدريس هذا الكتاب لطلبة مدرسة الطب حيث أنه أول كتاب من نوعه وضع باللغة العربية فى فن الولادة مستوفياً كل الطرق الحديثة المصطلح عليها فى التشخيص والعلاج وانا نرى أن هذا الكتاب لاغنى عنه لطلبة الطب والاطباء على السواء . وهذا مما يشهد للدكتور نجيب بك بقدرته وسعة اطلاعه وغزير مادته وتفوقه فى فن الولادة

فكتاب حضرته جدير بمطالعة جميع الاطباء له خصوصاً المولدين منهم وانا نتمنى له رواجاً عظيما م

العود احمد

بين أيدينا كتاب (طبيب العائلة) للدكتور حسن كامل الطبيب بشبرا والكتاب جيد الطبع يقع فى ٣٥١ صفحة صغيرة الحجم وقد قسمه الى أبواب عدة ضرب فى كل منها بسهم وحلاه بصور كثيرة ومع شكرنا لحضرة المؤلف على مجهوده فاننا نأخذ عليه بعض الملاحظات الآتية

(١) صور الكتاب لا تناسب جودة الطبع خصوصاً وان الصور طبية يجب الدقة فيها

(٢) توسعه فى استعمال أدوية لا يجب أن تكون موجودة فى الاجزاخانة المنزلية كهدرات الكورال وصبغة الافيون وغيرها . خوفاً من سوء استعمالها

(٣) تطويله فى وصف أجزاء الجسم وأمراضه لا لزوم للعائلة الالمام بها

(٤) عدم اتقان اسم الكتاب مع المعلومات الكثيرة المدونة به

واننا نذكر بصفة خاصة الباب الاخير من الكتاب (باب الارشادات الطبية) اذ فيه شرح أمور لم يطرقها طبيب (على ما نذكر) قبله بتلك الحريه والصراحة وأورى فيها النقص المعيب للتصاريح الطبية التى تعطى لفئات الاجانب من تلفظهم بلادهم فيهبطون بلادنا معتزين بالاثنيين — الامتيازات والكرم المصرى — ويستلبون منا الاعزين — الروح والمال . كما أنه ذكر الميزات التى يمتاز بها الطبيب المصرى على زملائه الاجانب وخوفاً من أن يوصم بالمغالاة أو يوسم بميسم التحيز والمحاباة استشهد بالتقارير الرسمية الاجنبيـة تقرير اللورد اللنبى لسنة ١٩٢٠ (راجع طبيب العائلة صفحتى ٣٢٠ و٣٢٣)

كذلك ذكر ما يجب على السيدات عمله عند زيارتهن للطبيب مما لو اتبعنه وما أحراهن باتباعه لوفرن كثيراً واستفدن اكثر فهذا الباب على قصره جمع

فأوعى . ورغماً عن الملاحظات السالفة فالكتاب قيم به كثير من الآراء والاشياء الضرورية للعائلات والواجب الالمام بها لانها مما لا يمكن العثور عليه بسهولة فى كتب أخرى كما أنه يجدر أن يكون فى كل مكتبة منزلية نسخة منه للرجوع اليه عند الحاجة هذا واننا نأمل من حضرة المؤلف أن لا يقف بعمله عند هذا الحد بل يعقب هذه الباكورة ثمراً طيباً خصوصاً وهو من الاطباء الاكفاء والكتاب القديرين

محضر الجلسة العلمية الثانية والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال فى الساعة الثامنة من مساء الجمعة ٤ مايو سنة ١٩٢٣ تحت رياسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا وبحضور نخبة من أطباء القاهرة والاقاليم وبعد افتتاح الجلسة قرىء محضر الجلسة الماضية وبعد المصادقة عليه ألقى الدكتور نجيب اسكندر بالنيابة عن سعادة الرئيس الكلمة الآتية

سادتى واخوانى وأبنائى الاعزاء

تشرفت هذا المساء بحضورى الجلسة بغير عادة منى وبغير صحتى ولكن الذى رغبنى فى ذلك وجئت منشرح الصدر من أجله هو أن أقدم لحضراتكم تهانى وتبريك شهر رمضان المبارك أعاده الله على حضراتكم بالخير والبركة والصحة والعافية أعواماً عديدة وسنين مديدة انه سميع مجيب

فشكر سعادته حضرات الزملاء على اهتمامه الزائد والمثل الاعلى الذى يقدمه سعادته لهم

ثم دعا سعادته الدكتور محمد خليل لالقاء محاضرته عن انتشار مرض الانكلستوما فى مصر و بحث غرض مقاومته

و بعد الانتهاء منها شكره سعادة الرئيس شكراً جزيلا

ثم قام الدكتور على بك ابراهيم وعرض مسألة نشر الجزء الصحى من المحاضرة فى الجرائد السيارة فقام الدكتور نجيب اسكندر مؤيداً الاقتراح ولكن بعد أن تنشر المحاضرة بالمجلة و يعمل بها ملخص

فقام الدكتور فخرى وطلب تعديل اقتراح الدكتور على بك باتباع الطريقة العملية بالايعاز الى العمد والمشايخ ورؤساء القبائل لانشاء هذه المراحيض التى جاء ذكرها بالمحاضرة

فرد الدكتور على بك بأن مسألة انشاء المراحيض مسألة كبيرة للغاية

وقال الدكتور نجيب اسكندر بأن الموضوع يحتاج الى درس واجراء مباحث كثيرة ولنا مزيد الأمل فى أن يثمر مجهود زميلنا الفاضل الدكتور محمد خليل

وأقفلت الجلسة فى الساعة التاسعة والنصف مساء؟

السكرتير

محضر الجلسة العلمية الرابعة عشرة

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

عقدت الجلسة فى قاعة قومسيون البلدية يوم السبت ٣١ مارس سنة ١٩٢٣ تحت رئاسة صاحب العزة الدكتور وهبه نظمى بك وكيل الجمعية و بحضور عدد من الاعضاء

وفتحت الجلسة الساعة السابعة ونصف مساء فقام السكرتير وهنأ الجمعية بخبر الافراج عن معالى سعد زغلول باشا رئيس الوفد المصرى و زعيم الأمة ثم تلى محضر الجلسة العلمية السابعة وصودق عليه

ثم دعى حضرة الدكتور ابراهيم صبرى رئيس قسم الجلد بالمستشفى الاميرى إسكندرية فألقى محاضرة عن : (الجديد فى دراسة الدرجة الثانية من الزهرى وأهمية مراعاة الجهاز العصبى) المنشورة فى غير هذا المكان

ثم دارت المناقشات فى موضوعها

والدكتور عبد الهادى خليل أشار الى ما ذكره المحاضر من أن المرضى بالزهرى الذين يصابون بالمضاعفات العصبية يرجح أن نوع اللولبيات الذى أصابهم من خاصيته مهاجمة هذا الجهاز اذ عادة تكون الاعراض الجلدية لم توجد فيهم اذ كانت قليلة . فأبدى رأيه فى أن اللولبيات جميعها لها خاصية مهاجمة أى جهاز فى الجسم مثل غيره وفقط أن الاصابات التى تظهر بها أعراض جلدية اكثر من غيرها هى بالطبع التى تتقدم للعلاج و بهذا العلاج نفسه تمنع اصابة الجهاز العصبى ومن هنا لوحظ أن المرضى بزهرى الجهاز العصبى هم من الذين لم تظهر عندهم أعراض جلدية كثيرة و بهذا أهملوا علاج أنفسهم و فى النهاية أصابتهم الاعراض العصبية

فأجاب الدكتور صبرى أن الرأى الاخير للعلماء هو كما ذكره أى أن اللولبيات منها ما يصيب الجهاز العصبى اكثر من غيره ومنها ما يصيب الجلد الخ و زهرى الجلد أخف وطأة من زهرى الاعصاب لأن خلايا الاخيرة أدق وأرق تكويناً وأهم تأثيراً ولذلك يجب الاهتمام بمنع العدوى عنها . .

ووافق الدكتور نظمى بك المحاضر فى ذلك مبيناً أن الكتب الفرنسية تذكر كلها أن الزهرى يظهر بأشكال مختلفة منها الجلدى والعصبى والشراييني الخ ويرى أولئك المؤلفون أن ذلك مسبب من أنواع مختلفة التأثير من اللولبيات

وقال الدكتور شعبان هريدى أنه يوافق على ذلك وأشار الى انتشار الامراض الجلدية فى الشرق أى المناطق الحارة وبالعكس انتشار الامراض العصبية فى أوربا ولا بد أن هذا مسبب من استعداد فى الميكروبات وتغير فى خاصيتها لمهاجمة بعض الاجهزة عن بعض

ثم قام حضرة الدكتور نجيب قناوى وشكر المحاضر على محاضرته الثمينة ثم ذكر أنه لاحظ أنه وردت جملة كلمات طبية بدون تعريب فى المحاضرة وأنه هو قد عربها ويطرحها على حضرات الزملاء للمناقشة فيها

فكلمة Amboceptor ترجمتها المهلكة أو المذوبة ذات الشعبتين

وكلمة lobes Dorsalis ترجمتها مرض اختلاج الحركة

وكلمة Specifi ترجمتها نوعى

وكلمة Reagent ترجمتها المادة الكشافة

وبعد ذلك دارت جملة مناقشات علمية أخرى وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء؟

السكرتير

عبد الواحد الوكيل

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها بالأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد


ميدي
مرهم ميدي
لبوس ميدي
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
ادرينالية
استوفايية
انستيية
خلاصة ابوفروه الهندي جديدة وثابتة
يحتوي على أربعة عناصر فعالة وعليه تأثير محقق
للبواسير
حبيبات فوارة
پيپيرازين ميدي
لا بد من الاعتراف هنا بالمكانة العظمى التي يلقاها البيبرازين ميدي لدى جمهور الأطباء والمرضى وان الأدوية الحديثة ما هي الا مستحضرات لا تضارع ابداً ما ابتكره لهذا الدواء من التأثير المعترف به الدكتور لهوشار
من ملعقة الى ست ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحمضة البوليك

﴿ سائل سدانس المسكن ﴾ تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

LIQUOR SEDANS (PARKE, DAVIS & Co.)

يحضر هذا السائل المسكن من نبات الفيبورنوم **Viburnum Prunifolium** والهدراستين **Hydrastine** ونبات بسيديا بسيبيولا **Piscidia Piscipula** فهو مسكن ومقو لاعضاء التناسل فى الاناث وقد اتى بفوائد حسنة في حالات الحيض المصحوب بالام وكثرة الحيض وما يصحبه من عدم قيام الاعضاء بوظائفها . يباع هذا السائل في زجاجات سعة ١٠٠ جرام و ٥٠٠ جرام ويصنع بشكل محافظ تحتوي كل محفظة على الكمية الموجودة في درهم من هذا المستحضر

﴿ الشراب الهيبوفوسفت المركب المقوي للدم ﴾

تحضير معامل بارك ودافيز الكيماويه

Hematic Compound Syrup of the Hypophosphites, P.D. & Co.

يوصي حضرات الاطباء باستعمال هذا الشراب المقوى للدم والمجدد للصحة فى حالات فقر الدم وضعف الاعصاب والالتهابات الخنزيرية وسائر الاصابات الدرنية وفى النقاهة عقب الامراض الشديدة الوطئة وغيرذلك ويعطي هذا الشراب من ملعقة شاي الى اثنين

﴿ اكسير جلسروفسفات الحديد والكنين والاستركنين ﴾

مستحضر نمرة (١٤٥) تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

Elexir Glycero phosphotes with Iron, Quinine & Strychnine

(PARKE, DAVIS & Co.) No. 145

لا يخفى ان الاملاح الجليسروفسفاتيه معدودة من اعظم المقويات للاعصاب وذلك لأنها تحتوي على فسفور سهل الامتصاص يشبه في تركيبه الفسفور الموجود بالمخ ونسيج الاعصاب

وهذا الشراب يحتوي على املاح الحديد والكنين والاستركنين الجليسروفسفاتيه السهلة الامتصاص والمقوية الاكيدة المفعول ويعطى من ملعقة شاي الى اثنين ثلاث مرات كل يوم

العدد السابع　　سبتمبر سنة ١٩٢٣　　السنة السادسة

الاشتراك	المجلة الطبية المصرية	الاعلانات
٦٠ قرشا فى القطر ٣٠ قرشا لطلبة الطب ٨٠ قرشا خارج القطر	لسان حال الجمعية الطبية المصرية	تخابر شركة النشر المصرية (جبريل تقلا بك وشركاه) بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد



حضرة صاحب السعادة المرحوم محمد طلعت باشا

وكيل وزارة الداخلية للشؤن الصحية

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السابع | سبتمبر سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

المرحوم الاستاذ أرثر لوس Arthur Looss

استاذ علم الطفيليات وعلم الحياة بمدرسة الطب المصرية سابقاً

دكتور فى الفلسفة من جامعة ليبزج

للدكتور محمد خليل

وكيل مباحث البلهارسيا والانكلستوما بمصلحة الصحة العمومية

حملت الينا المجلات العلمية نبأ وفاة الاستاذ أرثر لوس فى اليوم الرابع من شهر مايو ١٩٢٣ فى الثانية والستين من عمره وكانت وفاته بمدينة جيسن « Jiessen » بالمانيا بعد مرض لازمه طويلا فى أيامه الاخيرة كان نتيجة ما قاساه من مضض العيش والفقر المدقع الذى انتاب الطبقة الوسطى من سكان المانيا على أثر الحرب الكبرى

وجدير بنامعشر الاطباء المصريين و بيننا كثيرون من تلاميذ الاستاذ لوس ان نتحدث اليوم بالاعمال العظيمة والاكتشافات الهامة التى قام بها ذلك الراحل

العظيم فى هذه البلاد خدمة للعلم والانسانية واعترافا منا بالشكر له لما بذله من الجد والعناية والمثابرة فى تعليم الاطباء المصريين مدة تتجاوز الخمسة عشر عاما

ولد لوس فى ١٦ مارس ١٨٦١ بمدينة (Chemnitz) فى ساكسونى بالمانيا وكان والده مدير معمل وقد تعلم فى صباه فى بلده وفى مدينة لودز (Lodz) فى بولندا واخيراً انتظم فى جامعة ليبزج (Leipzig) فى سنة ١٨٨٩ لدرس العلوم الطبيعية

وقد تلقى العلم فيها على مشاهير العلماء واخصهم (Haeckel) و (Leuckart) وقد تخرج من جامعة ليبزج عام ١٨٨٥ بعد أن نال درجة (دكتور فى الفلسفة) على ابحاثه فى الديدان المفرطحة (Trematodes) ولم يدرس الدكتور لوس الطب ولم يكن طبيبا كما يظن البعض وكان ينتقد انتقادا مراً الاطباء الذين يخوضون فى البحث فى الطفيليات بلا درس سابق لها

ويعزى اهتمام لوس بعلم الطفيليات ونجاحه فيه الى تأثير استاذه لويكارت الذى كان هو بنفسه من ائمة هذا العلم وهو المؤلف للكتاب الشهير (Die Parasiten des Menschen) (طفيليات الانسان) سنة ١٨٦٣

ابتدأ لوس أعماله كمدرس فى جامعة ليبزج تحت اشراف الاستاذ لويكارت وفى سنة ١٨٩٤ كتب مذكرة عن تاريخ حياة البلهارسيا رداً على مقالة كتبها « بروك » عن البلهارسيا فى جنوب أفريقيا وربما كان ذلك اهم سبب دعا الاستاذ لويكارت الى حث لوس للذهاب الى مصر سنة ١٨٩٦ لبحث تاريخ حياة البلهارسيا كمنتدب من جامعه ليبزج وهنا ابتدأت سلسلة أعماله الباهرة فى علم الطفيليات

وقد انتهز أولو الشأن فى مدرسة الطب المصرية وجود لوس فى مصر فعينوه استاذاً لعلم الديدان وذلك المركز أوجدوه خصيصاً له حوالى سنة ١٩٠٠ لأهمية درس هذا العلم فى مصر وقد وجد لوس صعوبة كبرى فى التدريس

باللغة الانكليزية فى مبدأ الامر ولكنه لم يلبث أن تغلب عليها فأتقن تلك اللغة كأنه أحد ابنائها وقد أقام لوس معملا فى منزله لاجراء اكثر ابحاثه وكانت له دار كتب فخمة فى علم الطفيليات تعد من اعظم المجموعات الكامله فى العالم ولا يتيسر بدونها القيام بأبحاث فى هذا العلم وكان يشغل اكثر وقته فى منزله بين كتبه وأدواته منهمكا فى أبحاثه ولذلك لايستغرب من كثرة الابحاث والاعمال المهمة التى قام بها فى الزمن الذى أقامه فى مصر

على أن الاستاذ لوس وان لم يكن قد توصل فى أبحاثه للوقوف على تاريخ حياة البلهارسيا وهو الغرض الذى من أجله حضر الى مصر الا أن أبحاثه فى الانكلستوما وطفيليات الحيوانات فى مصر قد أسفرت عن نتائج جليلة ظهرت فى مؤلفات قيمة تدعو للاعجاب والاحترام العظيمين لذلك الاستاذ الكبير وبلغ عدد تلك المؤلفات ٦٣ وقد كتب أولها سنة ١٨٨٥ حيث كان عمره وقتئذ ٢٤ عاما وكان آخر عهده بالتأليف عام ١٩١٤ اذ أنه لم يكتب شيئاً خلال التسع سنوات الاخيرة لانه غادر البلاد عند نشوب الحرب الكبرى تاركا مجموعاته ومكتبته وآخر ما كتب قبل رحيله من مصر الجزء الخاص بالطفيليات فى سلسلة كتب أمراض المناطق الحارة التى عنى بجمعها الاستاذ « Mense »

ومعظم مؤلفات الاستاذ لوس كتبت باللغه الالمانية ولكن له جملة كتب قيمة كتبت باللغة الانكليزية منها مؤلفه المشهور عن تاريخ حياة الانكلستوما الذى صدر فى جزئين من مذكرات مدرسة الطب بمصر سنة ١٩٠٥ وسنة ١٩١١ وكان المنتظر أن يشفعهما بثالث تتمة لهما يصف التغيرات فى الانكلستوما منذ اختراقها الجلد الى تمام نموها فى الامعاء وقد فقدنا هذا المؤلف الموعود الى الابد . ويعد الجزءان من أعظم مؤلفات لوس لانه ظهر فيهما ككاتب قدير ومنتقد ماهر ملم بكل ما كتب عن الانكلستوما فى كل أدوارها وما أودع فى هذين المؤلفين من الرسومات صار موضع أعجاب الباحثين فى سائر الاقطار

وانى لاأغالى اذا ذكرت أن هذين المؤلفين هما الوحيدان اللذان جعلا لمدرسة الطب فى مصر شهرة فائقة بين معاهد العالم لمركز الدرس وبحث الطفيليات

وقد كتب جملة رسائل باللغه الفرنسيه منها مؤلفه المشهور

Rechershes sur la faune parasitaire de l'Egypte Premiére Partier

الذى صدر ضمن مذكرات المعهد العلمى الذى لنا الشرف بالاجتماع فيه اليوم وكان ذلك سنة ١٨٩٦ ويقع هذا المؤلف فى ٢٥٢ صفحه و يتبعه ١٦ لوحة بها ١٩٣ شكلا كلها مبتكرة من أعمال المؤلف وقد اكتشف لوس Trichost Trichostron gylus subtilis و vitrinus أنواع جديدة من الطفيليات فى الانسان فى مصر وتعد الانواع الجديدة التى اكتشفها فى الحيوانات فى مصر بالمئات

ومما هو جدير بالذكر أن جميع ما كتبه الاستاذ لوس باللغات المتعدده يمتاز بسلامة التراكيب والسهولة فى التعبير والدقة مما يشهد له بمقدرة فائقة الحد سيما وقد كان يكتب فى علم يمتاز التأليف فيه بالصعوبة والتعقيد فى العبارة

واشتهر لوس فى ابحاثه عن سواه بمقدرته فى الانتقاد الصحيح فى الموضوع الذى جعله موضع بحثه وكان فى ذلك لا يرحم صغيراً ولا كبيراً وكان يوسع المؤلفين الذين يرسلون الكلام على علاته ولا يقيمون الادلة على ما يذكرون من الاوصاف أو الملاحظات قوارص الكلم وقد جره ذلك الى معاداة كثير من الباحثين فى جهات متعددة من المعمورة نذكر من بينهم von Linstow فى المانيا Prof Railliety فى باريس و Stiles فى أمريكا Ds. Sambon & Sir Patrich Manson فى انكلترا

ابحاث لوس فى البلهارسيا

بدأ الاستاذ لوس عمله فى مصر بدرس Sch. haematobiun درساً تشريحياً مشفوعا بالرسومات الدقيقه تلك الرسومات التى نقلها عنه كل الكتاب الذين

أتوا على أوصاف هذه الديدان أو عالجوا الخوض فى الامراض الناشئة عنها

ورغما عن أن لوس كان على علم بوجود نوعين من البويضات فى البول والبراز احداهما بويضة نهائية الشوكة وتوجد فى كل حالات اصابة المثانة وفى قليل من اصابات الامعاء والثانية جانبية الشوكة وتوجد فى أغلب حالات اصابة الامعاء وفى حالات قليله تعد على الاصابع فى اصابات المثانة ومع انه كان يعلم ذلك الا أنه قرر ان هناك نوعا واحداً من ديدان البلهارسيا يسكن فى الانسان وأن البويضة ذات الشوكة الجانبية هى بويضة غير طبيعية وغير ملقحة

ولكن سامبون (Sambon) لاحظ أن اصابات البلهارسيا فى جزر الهند الغربيه تكون عادة مصحوبة ببويضات ذات شوكة جانبية ولاحظ أن حالات جنوب أفريقيه تكون مصحوبة ببويضات ذات شوكة نهائية فارتأى أن هذين النوعين من البويضات يدلان على وجود نوعين من ديدان البلهارسيا وقد سمى ذات الشوكة الجانبية Sch. mansoni فى سنة ١٩٠٧ وعند ذلك نشبت معركة كتابية هائلة بين لوس وسامبون ولكن مما يؤسف له أن الخلاف أدى الى عداوة شخصية بين الرجلين غير أن لوس تمكن بمقدرته ومركزه الكبير أن يتغلب على سامبون و بقى اسم Sch. Mansoni مدعاة للشك حتى أثبت صحته الاستاذ ليبر Prof. Leiper فى مصر سنة ١٩١٥ — ١٩١٨ اذ وجد أن كلا من نوعى البلهارسيا يعدى نوعا خاصا من القواقع وأن الديدان نفسها مختلفة تماما فى النوعين

واذا عدنا الى ما كتبه الاستاذ لوس فى هذا الصدد يتبين لنا أن الاسباب التى بنى عليها معارضته لسامبون هى (أولاً) أن بلهارس ذكر فى بعض مؤلفاته أنه شاهد احدى ديدان البلهارسيا وفى رحمها بويضات ذات شوكة جانبية وأخرى ذات شوكة نهائية وقد كان لوس يثق ثقة متينه بملاحظات بلهارس ولو أنه لم يتمكن من تأييد هذه المشاهدة (ثانياً) أنه يشاهد بين عدد كبير

من بويضات البلهارسيا تغير بسيط فى موضع الشوكة وطولها ولو أن ذلك لا يبلغ ما يشاهد من الفرق بين بويضات نوعى البلهارسيا المعلومين

وقد أخذ على لوس أيضا أنه لم يتمكن من اكتشاف تاريخ حياة البلهارسيا وأنه حبذ الرأى القائل بأن العدوى تنتقل من انسان الى آخر بغير واسطة القواقع خلافا لباقى الديدان المفرطحة ولكنه رغما عن رواج هذه الافكار فانه الى أواخر أيامه فى مدرسة الطب فى مصر كان يبدى رأيه أثناء الدرس بأن البلهارسيا قياساً على باقى الديدان المفرطحة ينتظر أن يكون لها حلقة حيوية فى القواقع ولكن مع البحث الطويل لم يعثر على تلك الحلقة وقد برهن على أن الميرساديوم الذى يخرج من بويضة البلهارسيا لا يمكن أن يعدى الانسان بطريق الفم لأنه يموت فى المعدة لحموضتها والطريق الباقى هو طريق الجلد وقد قال مامعناه : رغماً من كثرة التجارب التى أجريتها لم أنجح فى احداث عدوى بهذا الطريق

ومن ذلك يرى أن الاستاذ لوس لم يخطئ فى أبحاثه ولم يصل الى نتائج غير صحيحة مما يعاب على الباحث المقتدر الا أنه لم يوفق أثناء بحثه الى اكتشاف القواقع التى تنقل عدوى البلهارسيا وذلك ليس بعيب خصوصاً لو علمنا أن هناك أكثر من ١٥٧ نوعا من القواقع فى مصر يسكن بعضها أكثر من نوع واحد من Cercariae سركاريا الديدان المفرطحة وفى ذلك مايدعو للاعجاب بالاستاذ ليپر الذى يفخر بأنه كان تلميذا للوس لتمكنه فى وقت قصير من اكتشاف الانواع التى تنقل البلهارسيا

ابحاث لوس فى الانكلستوما

سيبقى اسم لوس مقروناً باكتشافه تاريخ حياة الانكلستوما فى سنة ١٨٩٨ وانها تعدى الانسان باختراقها الجلد السليم ويقول البعض أن هذا الاكتشاف

كان من طريق الصدفة والحقيقة أن لوس بينما كان منهمكا فى درس وليد الانكلستوما Ancylostoma larvae اذ وقعت نقطة من الماء المحتوى على عدد كبير من هذه الديدان على ساعده فاسرع بتنشيفها ولكنه أحس بعد قليل بأكلة فى ذلك المكان فأيقظ ذلك فى نفسه الشعور باهمية ذلك وقد تمكن بالتجربة على جزء آخر من جلده من التأكد بان ذلك ناشىء عن تأثير ديدان الانكلستوما وليس من تأثير السائل التى هى به

ومهما قيل فان ذلك ليس من الصدفة فى شيء ولكنها الحاسة الخاصة الموجودة بالباحثين تلك التى تدعوهم الى الاستفادة ودرس كل ما يقع تحت نظرهم مما لا يأبه له أى شخص آخر وكذلك كانت معظم الاكتشافات المهمة

وقد أدت تلك الحادثة الى تجارب عديدة على الكلاب تتبع بها الاستاذ لوس الطريق الغريب الذى تسلكه الانكلستوما بعد اختراقها الجلد بوصولها الى الاوعية الليمفاوية أو الاوردة وبها تنتقل الى الاذين الايمن من القلب ثم الى البطين الايمن ثم الرئة ومنها الى القصبة الهوائيـة ثم الحنجرة ومنها الى البلعوم الى المعدة ثم الى مقرها النهائى فى الامعاء ولا يخفى عليكم ما يحتاج مثل ذلك البحث من الدقة المتناهية والصبر الطويل والاناة ومن ثم أخذ الاستاذ لوس فى نشر نتيجة ابحاثه ولكنه تيقن أنها لغرابتها وشذوذها عن المألوف ستقابل بالشك والتردد من كثير من الباحثين فقام بعمل عدد كبير من المحضرات الميكروسكوبية التى تظهر وليد الانكلستوما فى كل جزء من ذلك الطريق الغريب وارسل مجموعة من تلك المحضرات الى كل مكان معد لبحث الطفيليات فى العالم حتى يتمكن الباحثون من تطبيق أقواله بانفسهم على تلك المحضرات التى يفخر كل متحف باقتنائها لدقتها والمهارة فى تحضيرها

وحدث كما توقع لوس فان اكتشافه قد قوبل بالتردد والشك ولكن انتهى الامر أخيراً بالموافقة التامة على ابحاثه فى كل دقيقة من دقائقها وقد كان

آخر المناوئين له فى ذلك الدكتور سامبون خصمه فى البلهارسيا الذى وافق على أن الانكلستوما تصل الى الرئة ولكنه ساوره الشك فى انها تصل الى الامعاء بطريق القصبة الهوائية والحنجرة والبلعوم ولكن سامبون لم يشفع أقواله بأى تجارب تثبت صحة دعواه وقد أوسعه لوس مر الانتقاد سنة ١٩١١ وقد قام الاستاذ فوليبورن Prof. Fulleborn فى هامبورج بعمل تجربة اثبتت نهائياً صحة دعوى الاستاذ لوس وذلك بانه قطع القصبة الهوائية فى كلب وخاطها بجلد الرقبة ثم وضع كثيراً من Aucylestoma larvre على جلد هذا الحيوان وبعد بضعة أيام وجد أن معظم تلك larvre نزلت من فتحة القصبة الهوائية فى الجلد مما لايدع مجالا للشك فى أن ذلك هو طريقها المعتاد

كل من أسعده الحظ منكم فى حضور محاضرات الاستاذ لوس يذكر أنه كان مدرسا ماهراً بمعنى الكلمة دقيقاً فى مواعيده فما كان يضيع دقيقة واحدة سدى أثناء الدرس وكان يمثل أكثر دروسه بخرائط من صنعه تمثل موضوع الدرس ليسهل فهمه وشرحه وقد طبع أكثر تلك الخرائط فى كتابه الذى كتبه لطلبة السنة الأولى فى مدرسة الطب فى علم الحياه

وكان الاستاذ شديداً فى امتحاناته لايروق له الكلام المبهم ولكنه يريد الحقائق ناصعة لايشوبها لغط فى القول وبذلك كان خير مثال لما يجب أن تكون عليه الدقة فى البحث والنقل فى العلوم الطبيعية التى بها يكون العمل ذا قيمة عالية والاصار لاقيمة له

وانا لنأسف أشد الأسف اذ أن وجود الاستاذ لوس فى مدرسة الطب لم يستمر فى تدريب مصرى يشاطره أبحاثه حتى كان يخلفه فى ذلك المعهد الذى اكتسب بفضل أعمال الاستاذ اسما عاليا ألا ترون أن مدرسة أمراض المناطق الحارة فى لندره اوفدت ليبر فى سنة ١٩٠٧ — ١٩٠٨ للدرس والتدريب على يدى هذا الاستاذ العظيم فى مصر فكان حقاً على مصر أن يكون من بينها من

يلتقط من ذلك الاستاذ الراحل شيئاً من خبرته وعلمه

غادر لوس مصر فى ديسمبر سنة ١٩١٤ وقد سمح له بصفة استثنائيه بالذهاب الى المانيا عن طريق ايطاليا وقد عهد اليه أثناء الحرب الكبرى رئاسة مكتب بريد فى احدى مدن بلجيكا المحتلة وبعد انتهاء الحرب عين مؤقتا مساعداً لاستاذ علم الحيوان فى جامعة جيسن giessen ولكن صحته كانت دائما فى اعتلال نتيجة ماقاساه من الشدائد فى أيامه الأخيرة

وقد أراد بعض الاساتذة الانكليز فى عام الطفيليات شراء مكتبته الخاصة فأبى أن يبيعها الى انكلترا وقد فاوضته أثناء مرورى بألمانيا بواسطة الاستاذ schmidt (شميدت) أن يبيعها لمصر فرضى ولكن للأسف لم يتمكن من عمل ذلك فى حياته فعسى أن يهتم أولو الشأن بابقاء تلك المكتبة النفيسة فى هذه الديار نظراً لأهميتها ولابحاث هذا العلم فى مصر

مات الاستاذ لوس مأسوفا عليه من جميع الباحثين فى العلوم الطفيلية مهما تباينت أوطانهم ولغاتهم وسيبقى ذكره الى الابد كأحد أبطال الاكتشاف وكواضع الحجر الاساسى فى مقاومة مرض الانكلستوما الذى يصيب أكثر من نصف سكان الارض ونحن كافراد أمة تفشى بها هذا الداء الفتاك يجب ان نذكره لما قام به من الاعمال خدمة للانسانية وكاستاذ لشبيبتنا وكضحية افنى زهرة حياته فى البحث والتنقيب وتكللت أعماله بالنجاح ولكن قضت الايام بأن لا يتمتع فى أواخر أيامه بما يستحق من الرفاهية والهناء

بحث فى حمى مالطة الحمى المتعرجة واشباهها

محاضرة الدكتور زكى خالد

يا سعادة الرئيس ويا حضرات الزملاء

حمى مالطة مرض مزمن: عادة يكون مصحوباً باضناء وعرق شديدين والتهاب فى الأعصاب (neuritis) وفى العضلات والمفاصل والثدى والخصية وتضخم فى الطحال وانما أهم مميزاته هى تعرجات الحمى (undulations) أى أدوار حمية تتعاقب مع أدوار خالية من الحرارة ومن هذه الميزة اشتق المرض اسمه الحديث : الحمى المتعرجة (undulant fever)

ولو راجعنا تاريخ الأمراض لوجدنا أن هناك حميات تطابق هذا الوصف مذكورة منذ عدة قرون فى جهات متعددة من حوض البحر الأبيض المتوسط ولربما كان أول من ذكر ذلك هو ابقراط حيث وصف حمى يمتد زمنها الى نحو مائة وعشرين يوماً مع وجود أدوار خالية من الحمى بين آن وآخر . غير أننا لا يمكننا أن نجزم عما اذا كان وصف ابقراط أو الأوصاف التى تلته فى أزمنة متتابعة هى عن مرض خاص أو عن أمراض حمية متنوعة ومتشابهة . فلما كان عام ١٨٨٦ أثبت السير دافيد بروس (Sir David Bruce) أن هناك وحدة باتولوجية معينة (D1finite pathological entity) ذات أعراض خاصة أطلق عليها اسم حمى مالطة نظراً لحدوثها بشكل وبائها فى جزيرة مالطة وفى الثلاث سنوات التى تلت هذا الاكتشاف أمكنه فصل الجرثومة المحدثة للمرض (Micrococus Meliteans) من طحال المصابين وزرعها خارج الجسم على اجار عادى وفى سنة ١٨٩٧ أثبت ريت وسمبل (Wright & Semple) أن الحمى يمكن تشخيصها بعد اليوم التاسع بفحص مصل المريض بطريقة التجمع

(Agglutination) وفى سنة ١٩٠٤ عينت الجمعية الملوكية (البريطانية) لجنة طبية عليا بالاشتراك مع وزارة البحرية وحكومة جزيرة مالطة لبحث المرض من جميع وجوهه فتوصلت هذه اللجنة من جراء أبحاثها الى نتائج عديدة قيمة أهمها ما يأتى :

(١) ان لمرض ينتشر أساسـياً بواسطة تعاطى لبن مرضى الماعز لأن الجراثيم تفرز مع اللبن

(٢) ان المرض فى الماعز يمكن تشخيصه اما بواسطة فحص اللبن أو المصل بطريقة التجمع وانه بهذه الوسـيلة وجد أن ٧٠ ٪ من الماعز فى الجزيرة مصابة بالمرض

(٣) ان قتل اللبن قاتل لجراثيم المرض وان اتخاذ هذه الطريقة كان سبباً فى زوال الحمى من بين القوات البرية والبحرية

(٤) ان ذريرات المالطة (Micrococcus Meliteans) تعيش مدة طويلة خارج الجسم فمثلا يمكنها الحياة ستة أيام فى البول وستة عشر يوماً اذا نشرت كغشاء خفيف على لوح من الزجاج وعشرين يوماً فى رمل معقم وتسعة وستين يوماً فى سباخ جاف (وسبعة أيام فقط اذا شبع السباخ بالماء) وثمانين يوماً فى الأنسجة الجافة كالملاءات مثلا أو البول ولـكنها لا تعيش أكثر من ساعات قلائل اذا عرضت لأشعة الشمس

(٥) ان بعض المرضى يستمرون فى افراز ذريرات المالطة فى البول حتى بعد دور النقاهة وان المرض قد ينتقل الى الاصحاء بهذه الطريقة دون لبن الماعز

* * *

بعد ذلك لم تتقدم بكتريولوجيا المرض تقدماً يذكر اللهم الا فى تشخيص الحمى بواسطة الزرع للدم والبول والتجمع للمصل وكان أكبر ما يعاب هو (أولا) عدم ايجاد علاج نوعى لهذا المرض المزمن المسئم (وثانياً) عدم وضع

ذريرات المالطة فى مكانها العلمى وايجاد علاقتها بالجراثيم المرضية الاخرى المعروفة

فلما كان عام ١٩١٤ أرسل السير رونالدرس (Sir R. Ross) الى الكولونيل كنيدى (Col. Kennedy) بضعة عينات من لبن ماعز لفحصها لحمى مالطة بطريقة التجمع فاستعمل الاخير عينات من لبن أبقار من لندن بصفته ضابطاً (Control) فما كان أشد دهشته اذ وجد أن خمسة من بين الثلاثة عشر عينة من لبن البقر أحدثت تجمعاً فى مستحلب ذريرات المالطة . ولما كان الحرب قد ابتدأ فى ذلك الوقت لم يتمكن كنيدى من الاستزادة فى البحث بل ترك المسألة معلقة وطبعاً خطأه الكثيرون ناسبين ما وجده الى غلط فى اسلوبه العملى (technique) مستدلين على ذلك بعدم حدوث حالات حمى مالطة فى لندن . وكلنا نعلم أن البقر يصاب بمرض الاجهاض (Bocillus abortus) وأن باشلس الاجهاض (Bacillus abortus) يظهر فى اللبن الا أن هاتين الحقيقتين بقيتا معلقتين منفصلتين حتى عام ١٩١٨ حيث وجدت اليس ايفانس (Alice E. Evans) أن باشلس الاجهاض وذريرات مالطة لا يمكن تمييزها الواحد عن الآخر فى الهيئة (Morphology) ولا بواسطة التجمع بمصل نوعى. وقد أيد ماير وشوفو وفيوسير (Meyer, Shaw & Veusier) هذه الحقيقة فيما بعد (١٩٢٠) مستعملين طريقة تشبيع المصل

وفى يناير سنة ١٩٢١ كنت قد التحقت بمعهد لستر بلندن (Lister Institute) فكلفت أن أبحث العلاقة بين باشلس الاجهاض من جهة وذريرات مالطة وبارا مالطة من جهة أخرى (M. Melitensis & M. Paramelitensis) وان استخلص كل ما يمكن الوصول اليه فقضيت فى ذلك تسعة شهور * ثم

---

* نشر ملخص هذا القسم من البحث فى مجلة الصحة Jl. Hygiene فى يناير ١٩٢٢ وسيظهر ملخص القسم الثانى فى نفس المجلة قريباً

لما عدت الى لندن فى شهر ديسمبر الماضى قضيت أربعة شهور أخرى فى متابعة البحث وهأنا أعرض على حضراتكم ملخص النتائج التى توصلت اليها

الهيئة والتسمية

(Morphology & Nomenclature)

ان الثلاث جراثيم (أى باشلس الاجهاض وميكروكوك مالطه وميكروكوك بارا مالطه) لا يمكن تمييزها الواحد عن الآخر بواسطة هيئتها ومع ان شكلها فى العادة هو قضيب طوله من ٣ الى ٥ ميكرون الا أنها قد تكون كروية (coccoid) أو كروية باشلسيه (cocos. bacillary) وقد تكون كل هذه الاشكال مجتمعة فى الزرمح الواحد ولا تتوقف هذه التغيرات على عمر الزرمح ولا على مادة الزرمحه ومن هذا نرى أن كلمة ميكروكوك (Micrococcus) التى أطلقت على جرثومة حمى مالطه ساعة اكتشافها لا تطابق الحقيقة وأولى أن تسمى بكتيريوم Bacterium وخير من هذا وذاك ان تجمع الثلاث جراثيم تحت اسم Brucella نسبة الى السير دافيد بروس فنقول Brucella abortus

» Melitensis

» Paramelitensis

وصف الزرمح والتغيرات الحيويه الكيميائية

(Biochemical & Cultral Charocter s)

تنمو الثلاثة جراثيم نمواً بطيئاً على الاجار العادى وأحسن منه على أجار جلوز حيث يظهر زرمح وافر بعد ٣٦ — ٧٢ ساعة فى فرن درجته ٣٧° سنتيجراد . وتكون الزرامح (Colonies) صغيرة مستديرة مائلا لونها الى البياض وقطرها نحو ٢ — ٣ ملليمترات وبعد زمن أطول تتلامس المزارع مع بعضها وتصير غشاء واحداً . اما على مرق التربسين (Trypsin Broth) فيحدث

عتامة عامة بعد ثلاثة أيام ويتغير لبن الملون تغيراً قلويا ولا يحدث تغير ما ولا أى تخمر او انحلال فى اللكتوز (سكر اللبن) أو السكروز (السكر العادى) أو المنيت (سكر المن) أو الدلست او الجلوكوز حتى ولا بعد اسبوعين

طرق العدوى

فى اجهاض البقر : تنتقل العدوى أثناء الجماع اما لأن الذكر يكون قد جامع قبلا انثى معدية (فتكون أعضاؤه ملوثة) واما لأن الذكر يكون نفسه مريضاً ويفرز الباشلس مع سائله المنوى . وتنتقل العدوى أيضاً بواسطة القش وغيره مما يستعمل فى نوم المواشى وذلك لتلويثه بالافرازات المهبليـة والسائل الامنيوسى والاغشية الجنينية المصابة . الا أن طريق العدوى الأكثر شيوعاً هو تعاطى أغذية ملوثة بسائل أمنيوسى أو بقايا جنينية حاوية لجراثيم المرض . مدة التفريخ تتراوح بين ٣٣ و ٢٣٠ يوماً تظهر بعدها أعراض التهابية مخاطية فى المسالك التناسلية وقلة فى افراز اللبن يتبعها اجهاض بعد ثلاثة أو أربعة أيام مصحوب بالآم عامة وأوجاع موضعية و بعد ذلك تبقى الماشـية عقيمة أو تجهض مرة أخرى بعد الجماع فى مدة لا تتجاوز شهرين . والمرض شديد العدوى ينتشر انتشاراً مريعاً بين قطعان الماشية و يسبب خسائر طائلة . ويمكن فصل الباشلس من الطحال والـكبد والخصية والحصيلات المنوية والافرازات الرحمية واللبن كما أن الاغشية الجنينية والمعدة والسائل الامنيوسى وفلقات المشيمة (Cobyledons) تعطى زرعا نقياً للبـاشلس وأقوم طريقة لاستئصال المرض هى عزل الماشية المصابة وتطهير الأماكن الملوثة أما فى الحمى المتعرجة (حمى مالطة) فالعدوى يمكن حدوثها بدخول الجراثيم فى تشققات أو وخزات الجلد ولـكن أعم طريقة هى تعاطى مأكولات ملوثة وخصوصاً لبن الماعز ومما يحسن ذكره أن هناك أحوال حمى ذكرت ناشئة من الجماع وان

الخصية تكبر فى كثير من الاحوال . أما فى الماعز فقد يوجد المرض دون أن يحدث أى علامات أكلينيكية ويمكن فصل الجرثومة من الدم والطحال والكبد والغدد الليمفاوية المتضخمة والكلى والبول واللبن واللعاب

فترون من ذلك ان المرضين يتشابهان فى انهما نتيجة تسمم دموى وفى طرق العدوى وفى طرق افراز الجراثيم

* * *

ابحاث فى المناعة

(Immunology)

ابتدأت بتحضير مصل تجمعى لكل من الثلاث الجراثيم مستعملا فى ذلك الارانب الجبليه اذ كنت أحقنها فى الوريد بمقدار ١٥٠٠ مليون ثم ٣٠٠٠ مليون بعد اسبوع واجرب مصلها بعد ذلك باسبوع آخر حتى اذا وجدته موافقاً فصدتها وفصلت المصل . واقصد بالموافق أن يحدث المصل تجمعاً فى مستحلب من الباشلس المقابل بعد تخفيفه بمقدار ١ فى ٦٤٠٠ وكنت أجرب كل مصل أحضره مع الانواع الكثيرة التى لدى من الجرثومة نفسها مستعملا فى ذلك نحوا من ثلاثين نوعا فوجدت ما يأتى فى هذا الجدول

(اولا) ان المصل التجمعى المضاد لمالطة لو اختبر مع مستحلب من : —

تخفيف المصـــــــــل

	نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	١ : ١٦٠٠	١ : ٣٢٠٠	١ : ٦٤٠٠	١ : ١٢٨٠٠	ضابط
مالطـــة	٧٨	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	—	—
	٨٠	»	»	»	»	»	»	»	—	—
	٨٩٣	»	»	»	»	»	»	»	—	—
باراملطة	٨٢	+	—	—	—	—	—	—	—	—
	٨٤	+	—	—	—	—	—	—	—	—
باشلس الاجهاض	٦٢٤	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	—	—
	٨٣٠	»	»	»	»	»	»	»	—	—
	٨٩٥	»	»	»	»	»	»	»	—	—
	٩٠٠	»	»	»	»	»	»	»	—	—

الجدول الثانى

المصل التجمعى المضاد للاجهاض (Arti-abortus) اذا اختبر مع :—

تخفيـــــف المصـــــل

نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	١ : ١٦٠٠	١ : ٣٢٠٠	١ : ٦٤٠٠	١ : ١٢٨٠٠	ضابط
٦٢٤	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	—	—
٨٣٠	»	»	»	»	»	»	++	—	—
٨٩٥	»	»	»	»	»	»	+++	—	—
٩٠٠	»	»	»	»	»	»	»	—	—
٧٨	»	»	»	»	»	++	—	—	—
٨٠	»	»	»	»	»	++	++	—	—
٨٩٣	»	»	»	»	»	++	++	—	—
٨٢	»	»	»	»	+	—	—	—	—
٨٤	»	»	»	»	+++	+	—	—	—

الجدول الثالث

المصل التجمعى المضاد للبارا مالطة اذا اختبر مع : —

تخفيـــــف المصـــــل

نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	١ : ١٦٠٠	١ : ٣٢٠٠	١ : ٦٤٠٠	١ : ١٢٨٠٠	ضابط
٨٢	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ +	—	—
٨٤	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ +	—	—
٧٨	+ +	+	—	—	—	—	—	—	—
٨٠	+ +	+ +	—	—	—	—	—	—	—
٨٩٣	+	—	—	—	—	—	—	—	—
٦٢٤	+ + +	+ +	—	—	—	—	—	—	—
٨٣٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—
٨٦٥	+	—	—	—	—	—	—	—	—
٩٠٠	+	—	—	—	—	—	—	—	—

وهكذا ترون أن عملية التجمع وحدها لا تساعدنا الا قليلا فى تعرف ماهية العلاقة بين باشلس الاجهاض وجرثومة حمى مالطة واذا كان لابد من الالتجاء لعملية التشبيع المصلى (Ibsorpion or saturation of serum)

طريقة عملية التشبيع

يغسل الزرع الناتج بعد ٤٨ ساعة على مائل واحد من أجار جلوكوز بواسطة نصف سنتيمتر مكعب من الماء المقطر المعقم ثم يخفف المصل التجمعى المضاد بمحلول ملح معقم (٧٥ر٠ ٪) بنسبة ١ فى ٢٥ ثم يضاف مستحلب الجراثيم فى الماء الى كمية معادلة من المصل المخفف فيصير المصل فى المزيج الناشىء محققاً بنسبة ١ فى ٥٠ وبعد وضع المزيج فى فرن ٣٧° مدة ساعتين ينقل الى أنابيب طاحونه تدور نحوا من خمسة الآف أو ستة الاف دورة فى الساعة وبهـذه الطريقـة يفصل السائل صافياً من راسب الجراثيم فاذا جرب المصل بعد ذلك مع الجرثومة المقابلة ووجد انه لم يحدث تجمع ما كانت النتيجة مرضية والا فيعاد تشبيعه مرة أخرى

كانت نتيجة هذه العملية ما يأتى :—

الجدول الرابع

مصل مالطة التجمعى اذا شبع بنمرة ٨٠ (مالطة أيضاً (ثم أختبر مع : —

تخفيف المصل

نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	ضابط
٨٠	—	—	—	—	—
٨٩٣	—	—	—	—	—
٨٣٠	—	—	—	—	—
٨٩٥	—	—	—	—	—
٩٠٠	—	—	—	—	—

ويحدث نفس النتيجة اذا استعمل فى التشبيع أى نوع آخر من بروسلا المالطة

الجدول الخامس

مصل مالطة التجمعى اذا شبع بنمرة ٩٠٠ (باشلس الاجهاض) ثم اختبر مع :—

تخفيف المصل

نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	ضابط
٨٠	—	—	—	—	—
٨٩٣	—	—	—	—	—
٩٠٠	—	—	—	—	—
٨٩٥	—	—	—	—	—
٨٣٠	—	—	—	—	—

وتحدث نفس النتيجة اذا استعمل فى التشبيع أى نوع آخر من بروسلا الاجهاض

الجدول السادس

مصل الاجهاض التجمعى اذا شبع بنمرة ٩٠٠ ثم اختبر مع :—

تخفيف المصل

نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	ضابط
٧٨	—	—	—	—	—
٨٠	—	—	—	—	—
٨٩٣	—	—	—	—	—
٨٣٠	—	—	—	—	—
٨٩٥	—	—	—	—	—
٩٠٠	—	—	—	—	—

وتحدث نفس النتيجة اذا استعمل فى التشبيع أى نوع آخر من بروسلا الاجهاض

الجدول السابع

مصل الاجهاض التجمعى اذا شبع بنمرة ٨٠ (بروسلا مالطة) ثم اختبر مع : تخفيف المصل

نمرة النوع	١ : ١٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٨٠٠	ضابط
٧٨	—	—	—	—	—
٨٠	—	—	—	—	—
٨٩٣	++	+	—	—	—
٨٣٠	+++	+++	+++	+++	—
٨٩٥	»	»	»	»	—
٩٠٠	»	»	»	»	—

وخلاصة كل ذلك من :

(اولا) اذا شبع مصل مالطة بباشلس مالطة فقد كل المجمعات لباشلس مالطة ولباشلس الاجهاض أيضاً

(ثانياً) تحدث نفس النتيجة اذا شبع بباشلس الاجهاض

(ثالثاً) اذا شبع مصل الاجهاض بباشلس الاجهاض فقد كل المجمعات لباشلس الاجهاض ولباشلس مالطة

(رابعاً) وهو أهمها : اذا شبع مصل الاجهاض بباشلس مالطة فقد كل المجمعات لباشلس مالطة ولكن تبقى كل مجمعات باشلس الاجهاض على حالها دون تغيير ومعنى ذلك ان بروسلا مالطة هو substrain لبروسلا الاجهاض أو بروسلا الاجهاض هو superstrain لبروسلا مالطة بالمعنى الذى استعمله الدكتور Schütze وهكذا قد وجدنا المركز العلمى والعلاقة الرابطة لباشلس مالطة

ومما يذكر فى هذا الصدد ان الاساتذة ماير وشو وفيوزير الذين ذكرت

لكم ابحاثهم فى أول المحاضرة كانوا قد قاموا فى أمريكا بعملية التشبيع هذه فى سنة ١٩٢٠ وقسموا الجراثيم الثلاث الى أربع طبقات ولكنى لم أقدر على اثبات هذا التقسيم فنشرت بحثى فى أول العام الماضى مخالفاً رأيهم وقد قرأت أخيراً بحثاً جديداً لهم أعادوا فيه تجاربهم فثبت لهم ان رأيى هو أميل للصحة من رأيهم السابق

التأثير المرضى

(Pathogericity)

كان طبيعياً بعد أن وجدت هذا التطابق فى الهيئة والتفاعل والزرع وتلك الروابط المصلية . أن أبحث فى القيمة النسبية لاحداث المرض بين باشلس مالطة وباشلس الاجهاض واظهار هذه النسبة مهمة للغاية خصوصاً اذا لاحظنا أن ٢٥ ٪ من أبقار انجلترا من ٣٠ — ٤٠ ٪ من أبقار القارة الاوروبية وامريكا مصابة بمرض الاجهاض و تفرز الباشلس فى البانها ولذلك لم أتردد فى القيام بعدة تجارب على الارانب الهندية وعلى القردة وعلى الماعز . اذكر لكم طرفا صغيراً منها :

الخنازير الهندية :

خنزير نمرة ٤ : حقن داخل البريتون (فى ١٧ فبراير ١٩٢١) بمقدار ½ سائل أجاز (عمره ٤٨ ساعة) من باشلس الاجهاض نمرة ٩٠٠ . ارتفعت الحرارة بعد ٢٤ ساعة ووصلت الى ١٠٤° فرنهيت بعد ٣٦ ساعة واستمرت الحرارة مرتفعة مدة ثلاثة أسابيع ووصلت أقصاها (١٠٥° ف) فى نهاية الاسبوع الثانى وكانت الحرارة عادة فى المساء أعلا منها فى الصباح . وأعدم فى يوم ١٦ مارس الصفة التشريحية . لا يوجد احتقان ولا انسكاب فى التجويف البريتونى . الطحال متضخم وملتصق بالحجاب الحاجز . الكبد محتقن قليلا .

الا أن الكلى والخصيتين والقلب والرئتين ليس بها أى تغيير . أما غدد الظهر والمساريقا فمتضخمة . وكان أظهر تغيير نسيجى هو كثرة العناصر الليمفاوية فى الطحال . وامكن استعادة الباشلس بحالة نقية من الطحال والكبد وغدد المساريقا

خنزير هندى ٥ : أعطى حقنة مقدارها ½ سائل أجار من باشلس الاجهاض نمرة ٨٣٠ حصل له تفاعل مماثل لنمرة ٤ عدا أن حرارته وصلت ١٠٥° ف فى اليوم الثالث وابتدأت تهبط فى نهاية الاسبوع الثانى

خنزير هندى ٧ . حقن بباشلس الاجهاض نمرة ٨٩٥ . وصلت الحرارة ١٠٥° ف اليوم الثالث وهبطت فى اليوم التاسع عشر

خنزير هندى ٨ : حقن بمقدار ½ سائل من باشلس مالطة نمرة ٨٨٣ فى هذه الحالة استمرت الحرارة مرتفعة (١٠٥ — ١٠٦ °ف) فى العشرة الايام الاولى ولم تهبط الا بعد مضى ثلاثة أسابيع ونصف . وكانت الصفة التشريحية مماثلة للخنازير الاخرى ما عدا ازدياد فى احتقان الطحال والكبد

فلاجل أن أقيس نسبة قدرة كل من الجرثومتين على احداث التسمم والوفاة حقنت عدة خنازير هندية فى التجويف البريتونى بمقادير ¼ و ½ وسائل كامل من باشلس مالطة وبمقادير سائل واثنين واثنين ونصف وثلاثة سوائل الخ من باشلس الاجهاض فوجدت ١ من ¾ سائل من مالطة تحدث الوفاة لخنزير هندى وزنه ٢٤٠ جراما فى ١٨ ساعة . ولاجل أن تحدث الوفاة فى خنزير آخر مقابل لهذا وزنا وفى نفس الزمن يلزم حقن ٤½ سائل من باشلس الاجهاض ومن هذا يثبت أن باشلس الاجهاض تبلغ قيمته التسممية سدس قيمة باشلس المالطة

تجارب مبدئيه على الماعز

امتحنت ماعزتين بفحص المصل وزرع الدم والبول فكانت النتائج سلبية

للمالطـة والاجهاض . بعد ذلك حقنت ماعزا بسائل واحد من زرع باشلس الاجهـاض نمرة ٩٠٠ عمره ٤٨ ساعة وكان الحقن فى الوريد السباتى يوم ٢٥ ابريل ١٩٢١ وفى نفس اليوم حقنت ماعز بنفس المقـدار وعين الطريقة وانما بزرع باشلس الاجهاض نمرة ٨٩٥

وكنت امتحن الدم بزرعه من آن لآخر فوجدت أن الزرع كان ايجابياً فى الثمانية وأربعين ساعة الاولى وسلبياً فيما بعد ذلك ولم يحصل لها عوارض مرضية بل استمرت فى اللعب وتعاطى الغذاء وكان فحص البول سلبياً كذلك . أما المصل فقد ابتدأت تظهر فيه المجمعات بشكل سريع فمثلا فى الماعز كان التفاعل كما يأتى :

التاريخ	درجة تخفيف المصل
٣ . ٥ . ٢١	١ : ٤٠٠
١٠ . ٥ . ٢١	١ : ١٦٠٠
١٨ . ٥ . ٢١	١ : ٣٢٠٠
٢٤ . ٥ . ٢١	١ : ٦٤٠٠
٤ . ٦ . ٢١	١ : ٦٤٠٠
١١ . ٦ . ٢١	١ : ١٢٨٠٠
٢٢ . ٦ . ٢١	١ : ٢٥٦٠٠
٢٩ . ٦ . ٢١	١ : ٢٥٦٠٠
٥ . ٧ . ٢١	١ : ١٢٨٠٠
١٢ . ٧ . ٢١	١ : ١٢٨٠٠
١٩ . ٧ . ٢١	١ : ٦٤٠٠

أما لباشلس مالطة فكان التفاعل أخف اذ وصل الى ١ : ٦٤٠٠ — ١ : ١٢٨٠٠ واقل من ذلك لباشلس البارا مالطة (١ : ٦٤٠٠)

وقد حصلت على نفس النتائج بطريقة الامتصاص أو التشبيع كما هو مبين

فى الجدولين السادس والسابع مصل الارانب . وللاسف لم تكن الماعزتان تفرزان لبناً فى ذلك الحين فلم أتمكن من فحص هذا الافراز الهام بطريقتى الزرع والتجمع

التحصين المتبادل

(Cross - immurisation)

حاولت بعد ذلك ان أرى هل التطعيم بباشلس الاجهاض يقى من العدوى بباشلس مالطة ولاجل ذلك قمت بالتجربة الآتية على قردة :

القرد الاول Macacus Sinicus حقنته فى الوريد ثلاث حقن مقدارها ربع و نصف ونصف سائل من باشلس الاجهاض بعد قتله وكانت المدة بين الحقنه والتى تليها عشرة أيام وفى نهاية التطعيم كانت وصلة الجمع باشلس الاجهاض بعد تخفيفه الى ١ : ٦٤٠٠ و باشلس مالطة بعد تخفيفه ١ : ٣٢٠٠

القرد الثانى Macacus Sinicus لم يطعم بشىء بل استعمل كضابط (Control) حقنت كلا منها يوم أول يوليه ١٩٢١ فى الوريد بمقدار نصف سائل من باشلس مالطه حياً وقد تحملا الحقنة فى الثمانية والاربعين ساعة الاولى ثم ابتدأ يظهر التغيير فى حالتيهما فالاول استمر فى تناول طعامه بينما الثانى أعرض عنه وظهر عليه الضعف والخمول وكان يميل الى هرش جبهته وشد شعره كما لو كان يشعر بألم فى الرأس

وفى نهاية الاسبوع الاول ارتفع منسوب مصل القرد الاول الى ٦٤٠٠ للمالطة و ١٠٠٠٠ للاجهاض وكان زرع الدم سلبياً بينما كان زرع دم القرد الثانى ايجابياً للمالطه ومصله يجمع بنسبة ١ فى ٨٠٠

وكذلك وزن القردين تأثر اذ نص بعد الحقنة مباشرة الا ان وزن القرد الاول (المطعم) عاد الى الازدياد بينما وزن الثانى استمر فى النقصان كما يتبين من الجدول الآتى :

التاريخ	وزن الاول M.Thesus	وزن الثانى M.Sinicus
قبل الحقنه	٢٥٠٠ جرام	١٩٥٠ جرام
٣ . ٧ . ٢١	٢٤٨٠ »	١٩١٠ »
٦ . ٧ . ٢١	٢٤٥٠ »	١٩٠٠ »
٩ . ٧ . ٢١	٢٣٣٠ »	١٨٠٠ »
٢٠ . ٧ . ٢١	٢٥٠٠ »	١٧٠٠ »
١ . ٨ . ٢١	٢٥٣٠ »	١٥٦٠ »

أما الحرارة فكما ترون من الكشفين المرفقين أنها ظهرت فى القرد الثانى ووصلت الى ١٠٥ر٥° ف بينما الاول لم ترتفع حرارته الى أكثر من ١٠٥ر٥° ف وهذا الارتفاع لم يحدث الا مرة واحدة (فى اليوم السادس)

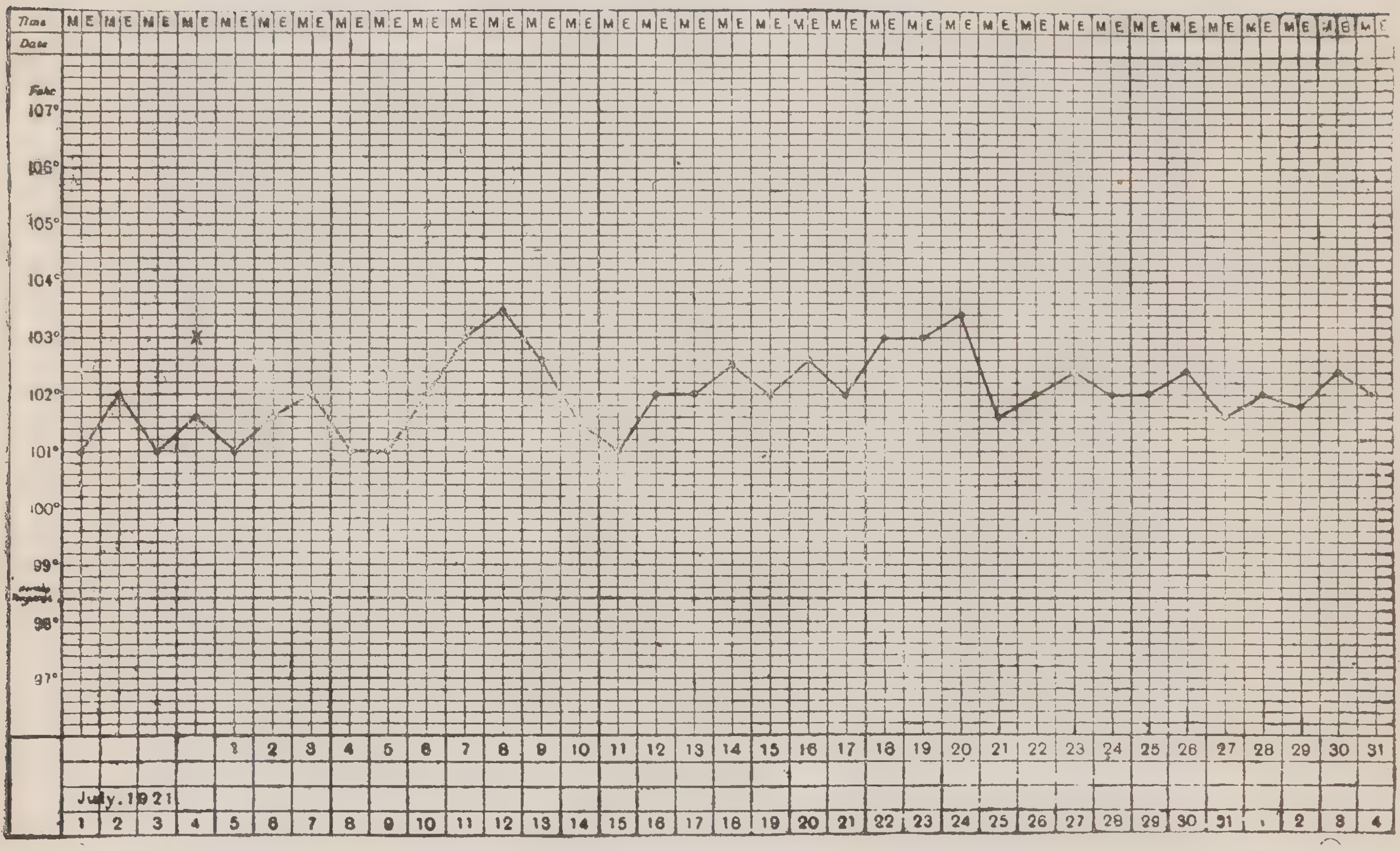
وهكذا نجد ان تطعيم القرد الاول بباشلس الاجهاض وقاه من عدوى باشلس مالطة فلم تظهر عليه أعراض اكلينيكية ولا نقص وزنه ولا ارتفعت حرارته ارتفاعا يذكر ولا أعطى دمه زرعا ايجابياً بينما ظهرت كل هذه الاشياء فى القرد الثانى الذى لم يطعم

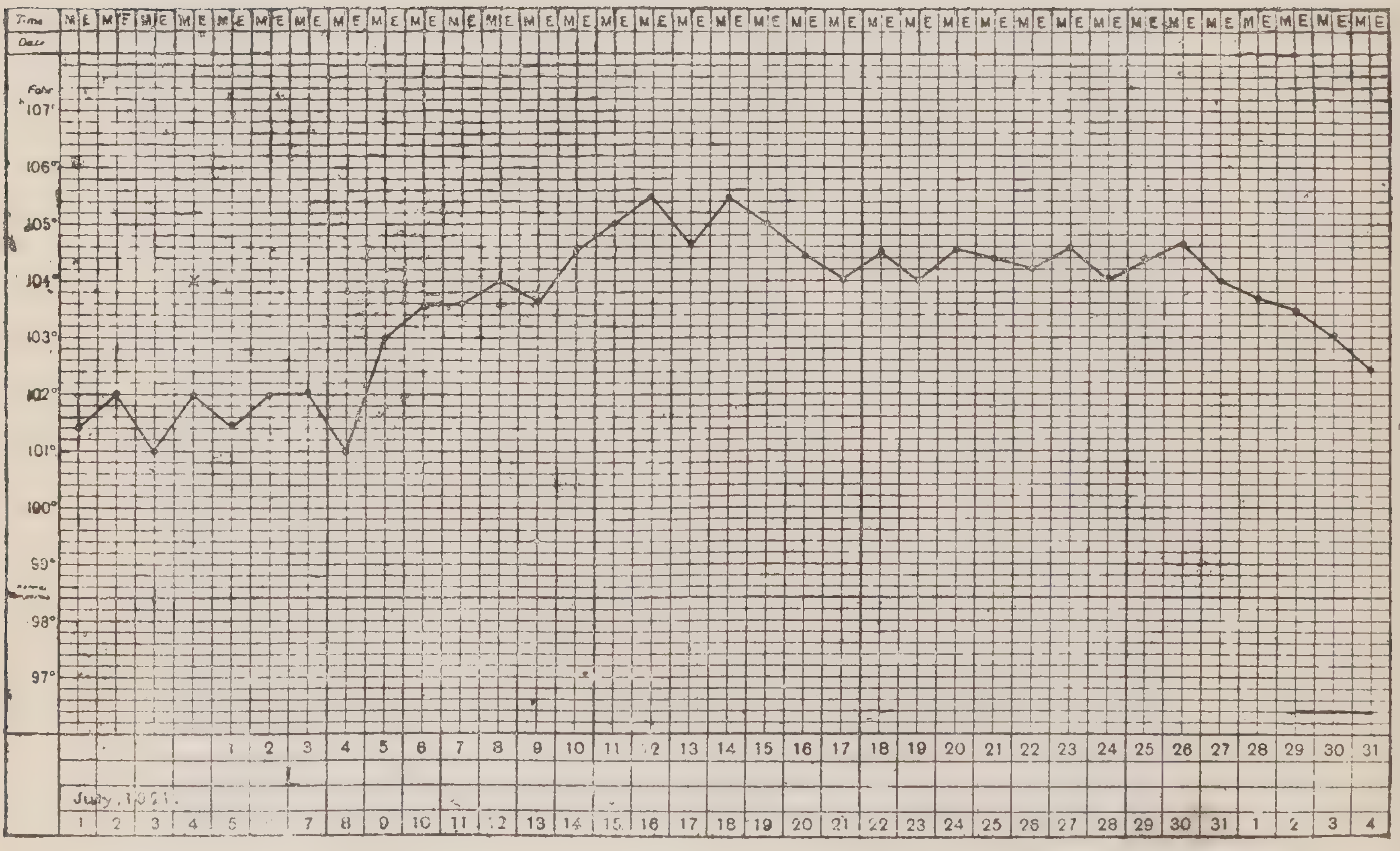
* * *

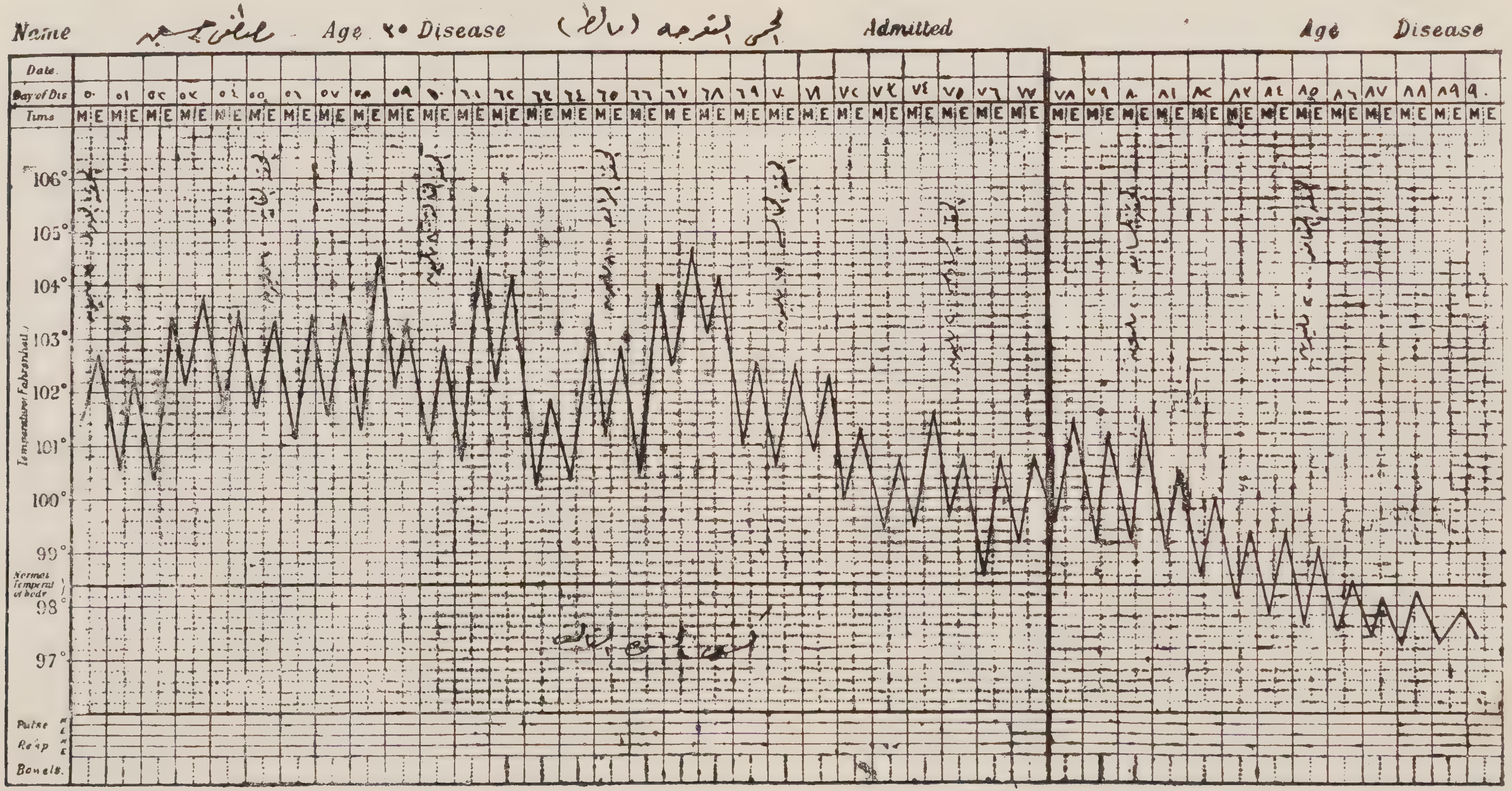
كان هذا ختام الجزء الاول من البحث الذى انتهى فى أواسط شهر أغسطس سنة ١٩٢١ حيث عدت الى مصر وكان يجول فى خاطرى أن البحث لم يتم بعد بل لابد من الاستمرار فيه حتى تثبت الحقائق العلمية التى توصلت اليها من جهة وحتى اطبقها على الانسان والحيوان من جهة أخرى فتصبح ذات فائدة عملية ولذلك كنت أتحين الفرص فقمت ببعض ما فى ذهنى فى العام الماضى بمصر وأتممت الباقى هذا العام بمعهد لستر بمصر

اعادة تجارب التحصين المتبادل

كان لا مندوحة من اعادة تجربة القردة لندعم دعوى منع عدوى المالطة


Time
Date
Fahr
107°
106°
105°
104°
103°
102°
101°
100°
99°
98°
97°
July. 1921


Time
Date
Fahr
107°
106°
105°
104°
103°
102°
101°
100°
99°
98°
97°


Name
Age ٢٥ Disease
Admitted
Age
Disease
Date.
Day of Dis
Time
106°
105°
104°
103°
102°
101°
100°
99°
Normal Temperat of body
98°
97°
Temperature Fahrenheit
Pulse
Resp
Bowels

بواسطة التعطيم بباشلس الاجهاض لان عمل تجربة واحدة لا يكفى أبداً . وقد استعملت لذلك أربع قردة من نوع Macacus متبعاً نفس طريقة التطعيم والعدوى كالتى استعملت فى عام ١٩٢١ وكانت النتيجة دائما واحدة أى أنه بعد مضى مدة التفريخ يبتدئ الوزن فى الهبوط والحرارة فى الارتفاع بطريقة متعرجة وتبقى كذلك ثلاثة شهور وأكثر ويمكن عزل باشلس المالطة من الدم والطحال بينما الحيوانات المطعمة لم يظهر عليها شيء ولم يكن عزل الجراثيم من دمها ولا من طحالها

معاملة حالات الحمى المتعرجة بواسطة فاكسين (طعم)

باشلس الاجهاض

الحالة الاولى : مصطفى حسن عمره ٣٥ سنة يشكو من حمى شديدة تصل فى المساء الى ١٠٤° ف وأقل من ذلك فى الصباح . فحص مصله فى اليوم الاربعين من المرض فأعطى نتيجة سلبية للتيفويد والباراتيفويد وايجابية للمالطة (١ : ٨٠٠) وزرع الدم فى اليوم الخامس والاربعين فأعطى زرعا نقياً لبروسلا المالطة . ولما كانت حالة المريض سيئة لم ير من الصواب أن يعالج بفاكسين مالطة ووافق طبيبه المعالج على فاكسين الاجهاض لان جرثومته أقل تسمما من الاولى . أعطى حقنة أولى مقدار ٣٠٠ مليون فلم يحدث تفاعل شديد فاتبعناها بثانية مقدارها ٦٠٠ مليون بعد خمسة أيام وكانت الجرع التى تلت هذه هى ٨٠٠ — ٨٠٠ — ١٥٠٠ — ٢٠٠٠ مليونا بين كل منها والتى تليها خمسة أيام . وكما ترون من كشف الحرارة فى الهبوط بعد الحقنة الخامسة ووصلت الى الحد الطبيعى بعد الثامنة بيومين أى بعد ٣٧ يوما من ابتداء اعطاء الفاكسين

الحالة الثانية : وصيفه محمد عمرها ٢٧ سنة ارسل الدم للزرع فى اليوم

العاشر من ارتفاع الحرارة لاشتباه الطبيب فى أنها حمى معوية ولكن الدم أعطى زرعا نقياً لباشلس المالطة وجمع مصل المريض الباشلس بدرجة ١ : ٢٠٠ أعطى المريض حقنة فاكسين ٥٠٠ مليون فى اليوم السادس عشر من المرض وبعد خمسة أيام أعطيت حقنة ثانية مقدارها ٥٠٠ مليون وكانت الجرعة التى تلت ذلك ٨٠٠ — ٨٠٠ — ١٠٠٠ — ١٥٠٠ مليون وكان تفاعل الجسم محتملا ولو انه أشد مع الطعم الحى منه مع الميت . ولا يمكننى أن أقول أن هذه الحالة كانت شديدة لان الحمى كانت واطئة فى الاسبوعين الاولين (أى قبل بدء المعالجة بالفاكسين) ولكن رغماً من ذلك فقد شفيت المريضة شفاء سريعاً كما يتبين من كشف الحرارة (نمرة ٢)

الحالة الثالثة : حسنين على عمره ٣٠ سنة يشكو من حمى منذ خمسة شهور يتخللها أوقات خالية من الحمى . أحدث مصله تجمعاً فى باشلس مالطة (دون غيره بنسبة ١ : ١٦٠٠ الا أن زرع الدم على ثلاث مرات متعاقبة كان سلبياً . وكانت الحمى معتدلة الا أن الهزال كان عظيما والعرق غزيراً والآلام المفصلية شديدة أعطى حقنة مقدارها ٦٠٠ مليون حيه ولما لم يحدث له تفاعلا شديداً اتبعناها بثانية مقدارها ٨٠٠ مليون وكررنا هذه بعد خمسة أيام أخرى فلم يحدث هبوط فى الحمى الا أن المريض ابتدأ يحس بالراحة والتحسن العام وخفت الالام المفصلية نوعا ما وقل العرق قلة ظاهرة . اعطيته حقناً أخرى مقدارها ١٠٠٠ — ١٥٠٠ — ١٥٠٠ — ٢٠٠٠ مليونا وكررت المقدار الاخير ثلاث دفعات حتى هبطت الحرارة الى الحد الطبيعى

* * *

التحصين المتبادل فى الماعز

(Cross. immnuisation of goats)

أن القسم الذى سأصفه الآن هو آخر اجزاء البحث وقد قمت به فى المدة من يناير الى نهاية ابريل من هذا العام وكما أنه كان آخر جزء فقد كان أكثرها تعباً وأشدها مشقة وسبب ذلك أن حمى مالطة هى كما تعلمون سريعة الانتشار شديدة العدوى فى المعامل كثيرة الحدوث بين من يشتغلون بجراثيمها ولذا حذرنى مدير معهد لستر بانه لا يريد أن أكون سبباً فى نشر حمى مالطة بين أطباء أو خدم هذا المعهد فلم يكن لى مندوحة من أن أقوم بعمل كل شىء بنفسى من تحضير مأكل ومشرب الماعز واعطائه لها وحلبها فى أوقات معينة وأخذ عينات الدم والمصل الخ الخ بل لم يكن يصرح لاحد بالاقتراب من مكانها ويخيل لى أن الجميع ينظرون لى ولادواتى ولغرفتى كأننا مصدر خطر. ولو لاحظتم أن الماعز حيوانات كبيرة ماكرة لا ترضخ بسهولة لمن يريد تقييدها وحلبها أو أخذ عينات دم منها كما ترضخ الحيوانات الصغيرة (كالارانب مثلا) لعرفتم مقدار ما عانيته وكم حصلت لى رضوض أثناء ذلك ! !

***

طرق البحث Technique

أولا اللبن

١ — عينات اللبن

العناية فى جمع عينات أمر هام جداً لان عليها يتوقف ما اذا كانت العينة ستكون نظيفة صالحة للبحث أم لا وأحسن وسيلة هى أن يغسل الثدى بالماء الدافىء والصابون ثم بمحلول الليزول (١ فى ١٠٠٠) ثم بالكؤول مع العناية الخاصة بتنظيف الحلمه . بعد أن يجف الثدى يحلبها الانسان بعد أن يغسل

يديه ويلبس قفازاً معقما . ويحسن أن تلقى السنتيمترات المكعبة الاولى جانبا لانها تكون غاسلة لمحتويات الطرف النهائى لمجرى اللبن ويجمع ما يأتى بعد ذلك فى زجاجة معقمة وعند امتلاء الزجاجة تسد ويكتب عليها نمرة الماعز وتاريخ وساعة أخذ العينه . وباستعمال طريقة التنظيف والجمع هذه . لا يوجد فى اللبن من الجراثيم الغريبة الخارجة Exvaneous organisms الا عدد قليل جداً

٢ — زرع اللبن

كنت استعمل لذلك طريقتين حتى أحصل على نتائج يوثق بصحتها (أولا) طريقة التصحيف المباشر (Direct jlating) وذلك بغرس سنتيمتر مكعب (أو اثنين) مأخوذا بمادة معقمة على طبق أجار جلوكوز و بعد أن يجف الغشاء توضع الاطباق فى فرن ٣٧° س وتفحص بعد يوم واثنين وثلاثه وخمسه . (ثانيها) طريقة التصحيف الغير مباشر وذلك بغرس ½ سنتى وسنتى واحد وسنتيمترين مكعبين كل منها فى ١١ سنتى من مرقة جلوكوز فى انبوبة وبعد وضعها فى درجة ٣٧° س تزرع منها اطباق بعد يوم ويومين وثلاثه وتفحص الاطباق فيما بعد . وقد وجدت أن هذه الطريقة الثانية أحسن من الاولى ويظهر أن وجود كمية من لبن الماعز فى المزرعة يساعد على تضاعف جراثيم المالطة

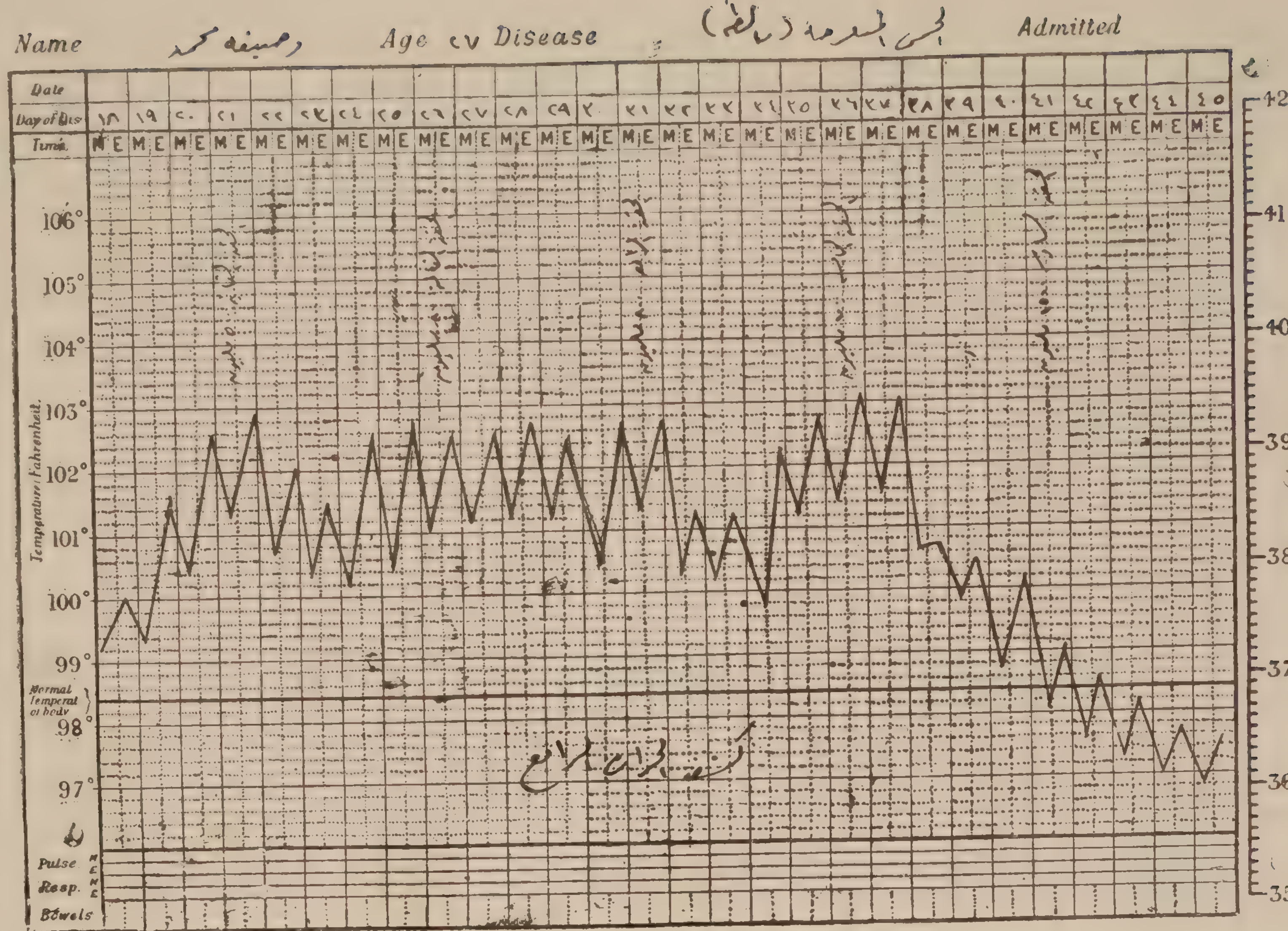
٣ — التجمع

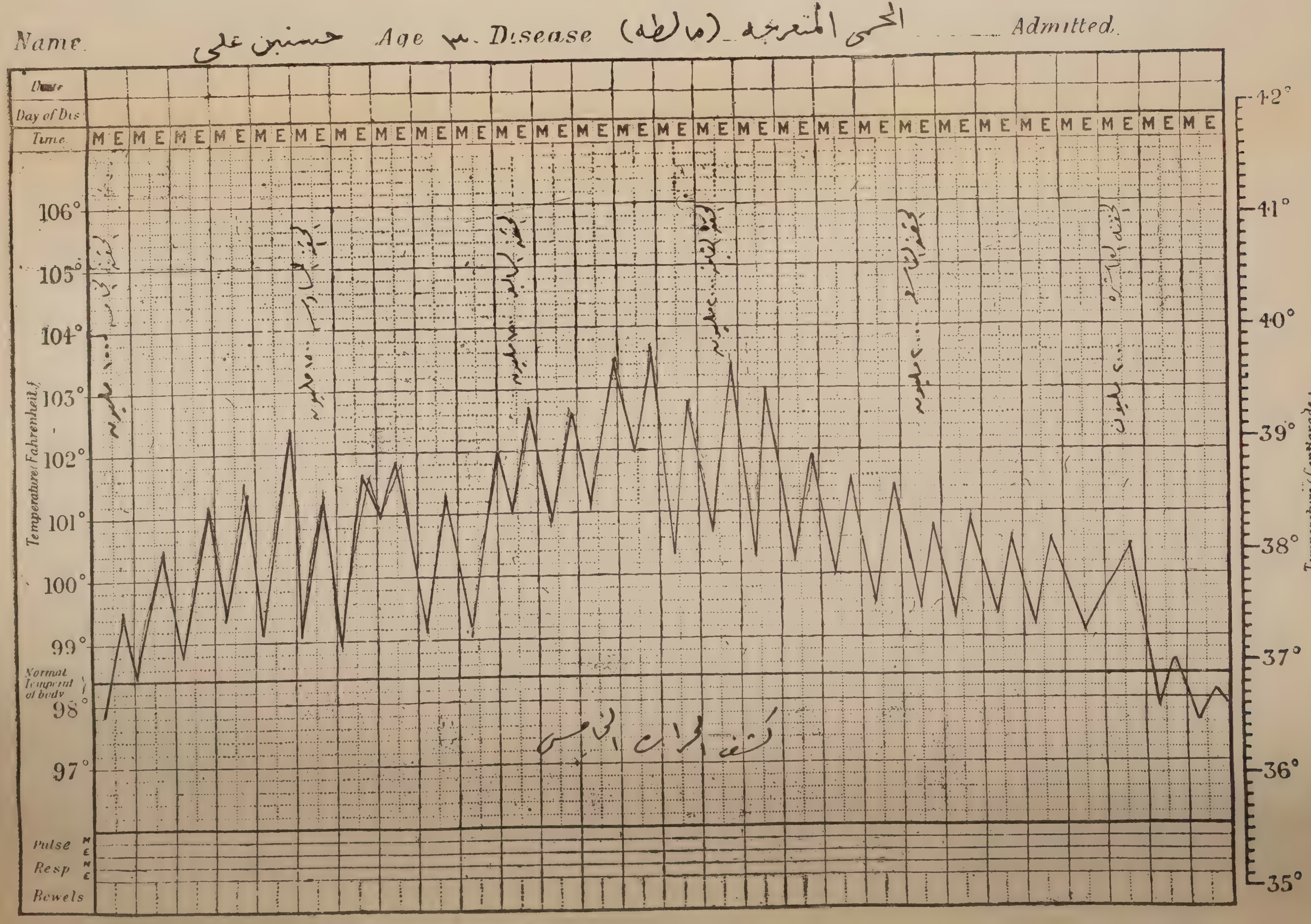
وجدت ان استعمال مصل اللبن (whey) أفيد فى عملية التجمع لان النقطة الختامية تكون أدق وطريقة استحضار المصل هى باضافة بضعة نقط من حمض الخليك الى ١٠ — ١٥ سنتيمتر مكعب من اللبن وبعد مضى زمن قليل يرشح المصل الناتج ثم يضاف اليه محلول الصودا حتى يزول تفاعله الحمضى وبعدها يستعمل كمصل الدم بعد تخفيفه بمقادير من ١ : ٢٠ الى ١ : ١٢٨٠

ثانياً : الدم

١ — الزرع

تحلق الرقبة بموسى فى جهة الوريد السباتى وبعد تنظيف المكان ودهنه


Name
Age
Disease
Admitted
Date
Day of Dis
Time
106°
105°
104°
103°
102°
101°
100°
99°
Normal temperat of body
98°
97°
Temperature Fahrenheit
42°
41°
40°
39°
38°
37°
36°
35°
Temperature (Centigrade)
Pulse
Resp.
Bowels


Name
Age
Disease
Admitted
Date
Day of Dis
Time
106°
105°
104°
103°
102°
101°
100°
99°
Normal temperat of body
98°
97°
Temperature Fahrenheit
42°
41°
40°
39°
38°
37°
36°
35°
Temperature (Centigrade)
Pulse
Resp
Bowels

بصبغة اليود تؤخذ عشرة سنتيمترات مكعبة من الدم بطريقة معقمة وتوضع في زجاجة تحتوى على ١٠٠ سنتيمتر مكعب من مرق الجلوكوز ثم توضع الزجاجة في ٣٧° س وتغرس منهـا أطباق أجار جلوكوز بعد يوم واثنين الى سبعة أيام

٢ — التجمع

يعمل بالطريقة العادية (كما ذكرت فى عدد يناير سنة ١٩٢٣ من المجلة تحت الحميات الشبيهة بالتيفويدية فى مصر)

***

الماعز قليل الوجود فى بلد كلندن وأقل منه الماعز ذو اللبن خصوصاً فى يناير وفبراير ولذا لم أتمكن من الحصول على أكثر من أربعة منها ماتت للاسف واحدة منها بعد الولادة وبقيت ثلاث استعملت اثنين للتطعيم وواحدة بصفة ضابط للعدوى فقط

وقد فحصتها جميعاً من لبنها ودمها ومصلها بطريقة الزرع والتجمع فلم يظهر فى احدها أى أثر لعدوى بالمالطة ولا بالاجهاض وكانت جميعاً فى صحة جيدة ولم يمض عليها بعد الولادة الا زمن قصير لا يتعدى ٢١ يوما ولنسمها ا — ب — ج ابتدأت بتطعيم ا — ب يوم ٢٣ فبراير فاعطتيها الجرع الآتية بطريق الوريد :

التاريخ	الجرعة
٢٣ . ٢ . ٢٣	مائل واحد من باشلس الاجهاض من ٩٠٠٠ عمره ٧٢ ساعة حيا
٢٨ . ٢ . ٢٣	ثلاث موائل « « « «
٥ . ٣ . ٢٣	ست موائل « « « «
١٢ . ٣ . ٢٣	عدوى بثلاث موائل من باشلس مالطة ٨٩٣ عمره ٧٢ ساعة حيا بطريق الوريد السباتى

يتبين مقدار التفاعل الناشىء من هذه الحقن من الجدول الآتى :

التاريخ	زرع الدم ا	زرع الدم ب	زرع اللبن ا	زرع اللبن ب	تجمع مصل الدم ا	تجمع مصل الدم ب	تجمع مصل اللبن ا	تجمع مصل اللبن ب
٢٤ - ٢ - ٢٣	باشلس الاجهاض موجود		غير موجود		ليس به تجمعات		ليس به تجمعات	
٢٧ - ٢ - ٢٣	سلبى		باشلس الاجهاض	سلبى	الاجهاض ١ : ١٠٠	سلبى	سلبى	
					المالطة ١ : ٥٠			
٣ - ٣ - ٢٣	سلبى		سلبى	باشلس الاجهاض	الاجهاض ١ : ٨٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٤٠	سلبى
					مالطة ١ : ٤٠٠	١ : ٢٠٠	١ : ٢٠	
٤ - ٣ - ٢٣	..		سلبى		الاجهاض ١ : ١٦٠٠	١ : ٨٠٠	١ : ٤٠	١ : ٢٠
					المالطة ١ : ٨٠٠	١ : ٤٠٠	١ : ٢٥	١ : ٢٠
٧ - ٣ - ٢٣	سلبى		سلبى		الاجهاض ١ : ٣٢٠٠	١ : ١٦٠٠	١ : ٨٠	١ : ٤٠
					المالطة ١ : ١٦٠٠	١ : ٨٠٠	١ : ٨٠	١ : ٤٠
٨ - ٣ - ٢٣	..		..		لم يتغير		لم يتغير	
١٠ - ٣ - ٢٣	..		..		الاجهاض ١ : ٦٤٠٠		١ : ١٦٠	١ : ٨٠
					المالطة ١ : ٣٢٠٠		١ : ٨٠	١ : ٤٠

١٢ - ٣ - ٢٣	سلبى	سلبى	الاجهاض ١ : ١٢٨٠٠ المالطة ١ : ٦٤٠٠	١ : ٣٢٠ ١ : ١٦٠ ١ : ١٦٠ ١ : ٨٠
١٣ - ٣ - ٢٣	باشاس المالطة	سلبى	..	..
١٥ - ٣ - ٢٣	سلبى	»	..	..
١٨ - ٣ - ٢٣	..	»	الاجهاض ١ : ١٢٨٠٠ ١ : ١٢٨٠٠ المالطة ١ : ١٢٨٠٠ ١ : ٦٤٠٠	١ : ٣٢٠ ١ : ١٦٠ ١ : ١٦٠ ١ : ٨٠
٢٣ - ٣ - ٢٤ - ٣ - ٢٦ - ٣ - ٢٧ - ٣ - ٢٧ - ٣ - ٢٨ - ٣ - ٢٩ - ٣ - ٣٠ - ٣ - ٣١ - ٣ - ٢ - ٤ - ٢٣	سلبى	سلبى	..	..
٣ - ٤ - ٢٣	..	..	..	الاجهاض ١٦٠ ١٦٠ المالطة ١٦٠ ٨٠
٤ - ٤ - ٢٣	سلبى	سلبى	الاجهاض ١٢٨٠٠ ١٢٨٠٠ المالطة ١٢٨٠٠ ٦٤٠٠	..

وقد كانت العنزتان فى أثناء التجارب كلها على غاية السرور ولم يمتنعا عن تعاطى طعامهـا وانما ابتدأ مقدار اللبن يتناقص حتى وصل فى آخر التجربة الى ١٠٠ سنتيمتر مكعب فى اليوم الا انه لم يلاحظ أى علامات التهابية فى الثدى أو الحلمه

* * *

المعزى ج (مضابط Control)

حقنتها فى الوريد يوم ١٥ مارس ١٩٢٣ بمقدار ثلاثة موائل من باشلس مالطة (عمره ٧٢ ساعة) حياً ويبين الجدول الآتى تأثير ذلك عليها : —

التاريخ	زرع الدم	زرع اللبن	تجمع مصل الدم	تجمع مصل اللبن
١٦ . ٣ . ٢٣	باشلس مالطة	سلبى	٠	٠
			الاجهاض المالطة	
١٨ . ٣ . ٢٣	٠٠	سلبى	١ : ١٠٠ ١ : ١٠٠	٠
١٩ . ٣ .	٠٠	»	١ : ٢٠٠ ١ : ٢٠٠	٠
٢٠ . ٣ .	٠٠	»	٠٠	٠
٢١ . ٣ .	٠٠	»	٠٠	٠
٢٢ . ٣ .	باشلس مالطة	»	١ : ٤٠٠ ١ : ٨٠٠	٠
٢٣ . ٣ .	٠٠	»	٠٠	٠
٢٤ . ٣ .	٠٠	باشلس مالطة	١ : ٨٠٠ ١ : ١٦٠٠	٠
٢٥ . ٣ .	٠٠	باشلس مالطة	٠٠	٠
٢٦ . ٣ .	٠٠	»	٠٠	٠
٢٧ . ٣ .	٠٠	»	٠٠	٠
٢٨ . ٣ .	٠٠	»	٠٠	٠
				الاجهاض مالطة
٢٩ . ٣ .	باشلس مالطة	سلبى	١ : ١٦٠٠ ١ : ٦٤٠٠	١ : ٢٠ ١ : ٤٠
٣٠ . ٣ .	٠٠	سلبى		
٣١ . ٣ .	٠٠	باشلس مالطة		
٢ . ٣ .	٠٠	»		١ : ٨٠ ١ : ٨٠
٣ . ٣ .	٠٠	»		
٤ . ٣ . ٢٣	باشلس مالطة	»	١ : ١٦٠٠ ١ : ٦٤٠٠	١ : ٨٠ ١ : ١٦٠

فى هذه الحالة لم يقل اللبن كثيراً بل استمر يفرز بغزارة وانما لوحظ حدوث التهاب واحمرار فى الثديين مع ألم عند اللمس وكان لابد لحلبها مرتين لمنع هذه الآلام . ونقص وزن المعزى ونحل شعرها وقل ميلها لتعاطى الطعام خصوصاً فى الاسبوع الاول

وبعد اسبوع آخر نحرت الماعز الثلاث يوم ١٢ ابريل بعد تخديرها بالكلوروفورم وعملت الصفة التشريحية فلم أجد تغييرات مرضية فى ا أو ب فى الثدى أو الطحال أو الكبد أو الغدد الليمفاوية الداخلية كما أنى لم أتمكن من فصل باشلس المالطة ولا غيره من هذه الاعضاء ولا من اللبن أو الدم . أما المعزى ج فقد ظهر فيها التهاب فى الثدى واحتقان فى الطحال وتضخم فى بعض غدد المساريقا وفصل باشلس المالطة من اللبن والدم والطحال

فترون من ذلك أن حقن الماعز بكميات كبيرة من باشلس الاجهاض وقاها من العدوى الصناعية بباشلس المالطة

والآن فلألخص لكم ياحضرات السادة البحث لنرى ماذا يمكن أن نستخلص منه :

خلاصة واستنتاج

الحمى المتعرجة هى من الامراض التى يزداد انتشارها عاما بعد آخر وتخترق بلاداً لم تكن معروفة فيها من قبل . فلو ابتدأنا من جزيرة مالطة حيث أكتشفت جرثومتها وحيث سميت حمى مالطة من أجل ذلك نجد أن هناك مراكز وبائية فى اسبانيا وجنوب فرنسا وفى ايطاليا واليونان وسواحل الاناضول وسوريا ومصر وطرابلس الغرب وتونس والجزائر كما فى جزر صقلية وقبرص وسردينيا وكورسيكا الخ ولذلك وجد من الاصلح أن تسمى حمى البحر الابيض المتوسط . ولم يكد يتم الاصطلاح على ذلك انصافا لاهالى مالطة ومحافظة على

سمعة جزيرتهم حتى وجد أن الحمى لا تقتصر على الشواطى بل تمتد الى الداخلية ففى افريقا تمتد الى السودان واوغنده والنيل الازرق وبحيرة تشاد وشمال نيجيريا وجنوب افريقيا ولو سرنا شرقا لوجدناها فى شمال الهند وفى البنجاب وفى الصين وفى جزائر الفيليبين وفى امريكا نجدها فى المكسيك الجديد وفى التكساس وفى بيرو وجهات قلائل من الولايات المتحدة . فالمرض اذن عام فى كل الانحاء ولذا يحسن تسميته الحمى المتعرجه خصوصاً وان هذا الاسم يحمل للذهن أهم خاصية من مميزات الحمى

وفى اعتقادى ان اكتشاف هذه المراكز الجديدة للمرض ليست لسبب انها مراكز جديدة حقيقة بل لسبب استعمال طرق أدق فى التشخيص وأخصها فحص الدم والمصل فى حالات الحمى وأظنكم توافقون على ان الحمى المتعرجة من الامراض التى يحار الاكلينيكى فى صحة تشخيصها أن لم يكن له من العمل مساعداً ولعل بعضكم قد سمع بحديث المريض الذى شخص مرضه « حمى » نظراً لارتفاع حرارته وبعد ايام قلائل ظهر عنده التهاب فى الخصية والآم فى الساق والكتف والمفاصل فغير التشخيص الى « التهاب مفصلى سيلانى » ثم عدل هذا التشخيص أيضاً الى التهاب روماتزمى تحت الحاد واستمر هكذا بضعة أيام حتى أصيب بالتهاب فى عرق الانس ورشح أنفى وسعال فقيل عنه أنه مصاب بانفلونزا وبعدها خرج من هذا المستشفى ودخل آخر حيث شخصوه حمى تيفويدية ولما لم يتحسن انتقل الى مستشفى ثالث به المعدات الحديثة فشخصوه ملاريا ولما لم ينفع فيه علاج الملاريا كشفوا عليه باشعة رنتجن فوجدوا عنده التهاب بلوراوى فى الجهة اليمنى واقترحوا بزله الا أن المريض هرب ليلا بعد أن قيل له انه مصاب بسل رئوى ودخل فى النهاية مستشفى صغيراً به معمل بكتريولوجى حيث فحصوا دمه فتوصلوا للتشخيص الصحيح اذ كان المرض حمى متعرجة

ترون من هذا ياحضرات السادة أن الحمى المتعرجة كثيرة الانتشار من

جهة وصعوبة التشخيص من جهة أخرى ولذلك فان كل بحث يزيد معلوماتنا عن تشخيصها ومعالجتها أو منعها يقابل بالارتياح من الاكلينيكيين ومن الاطباء الصحيين على السواء

ولو راجعنا الادبيات الطبية نجد أن الكثيرين كانوا يجتهدون فى معالجة هذه الحمى بواسطة فاكسين من باشلس مالطة نفسه بعد قتله ولكن لم تكن النتائج حسنه ولا مدهشة والسبب فى ذلك أن باشلس مالطة شديد التسميم فكان لا بد من استعمال جرع صغيرة وهذه لم تكن تكفى لشفاء المرض سريعاً (ثانياً) أنه نظراً لشدة التسمم هذه لم يكن فى الامكان استعماله فى الحالات الحاده وهذه هى نفس الحالات التى يتوق الطبيب المعالج فى مداواتها باسرع ما يمكن فلما وجدت (اثناء بحثى) الرابطة المتينة بين باشلس الاجهاض وباشلس مالطة مع أن قوة الاول التسميمية أقل بكثير من قوة الثانى كان طبيعياً ان أحاول استعماله بصفة فاكسين علاجى وقد رأيتم من الاحوال الثلاثة التى ذكرتها أنه نجح فى تقصير الحمى الى درجة كبيرة جداً وفى اعتقادى أنه تستحق التجربة فى كل أحوال الحمى المتعرجة ويحسن الاستعمال الفاكسين الميت فى الحالات الشديدة أو الحادة و بعدها يعطى الفاكسين الحى لان الجراثيم الحية أفعل تأثيراً واجزل فائدة فى احداث المناعة من الميتة

نقطة البحث الثانية تتعلق بالماعز فانتم تعلمون أنه بغض النظر عن حالات العدوى التى تنشأ فى المعامل ومن حاملى الجراثيم (Carriers) فان أهم سبب للعدوى هو تعاطى لبن الماعز الملوث فحيثما وجد الماعز تنتظر أن نجد الحمى المتعرجة ولذا فان أقوم طريقة لاستئصال المرض تكون بعزل الماعز المعدى (واعدامها) ووقاية الماعز السليمة من العدوى . وقد حاول لاستاذ زاميت (Zammitt) فى مالطة أن يطعم الماعز السليمة بفاكسين مالطة فوجد أنها تصاب بالمرض رغم ذلك ولكن لو اطلعنا على بحثه نجد أنه استعمل كميات صغيرة

لان الماعز لا تحمل كميات كبيرة وكان نتيجة ذلك أن مقدار الحصانه الناتجة كانت ضعيفة . فلما جربت فى سنـة ١٩٢١ اعطاء كميات كبيرة من الباشلس الاجهاضى الحى للماعز وجدت ان التحصين يكون قويا وفى الوقت نفسه لا تصاب الحيوانات بأذى فشجعنى ذلك على تجربة عدوى الماعز المطعمة بباشلس مالطة خصوصاً وانى وجدت ان القردة المطعمة لا تصاب بالعدوى وقد رأيتم حضراتكم انه حصل ما توقعته وامتنعت عدوى المـاعز المطعمة بينما أصيبت الاخرى (الغير مطعمة) بالمرض ولذلك أظن ان هذه طريقة يمكن استعمالها فى وقاية الماعز المعرضة للعدوى بعد فحصها وايجاد أنها سليمة وانى أدعو زملائى البكتريولوجيين لتكرير هذه التجارب حتى يحققوها (أو يكذبوها) لان الموضوع يهمنا كثيراً بالنظر لانتشار تعاطى لبن الماعز خصوصاً فى الارياف

* * *

هناك نقطتان صغيرتان أحب أن ألفت أنظاركم اليهما (أولاهما) ان الابحاث العلمية هى وحدها التى تكفل اظهار خفايا الامراض وان أى بحث علمى مهما ظهر فى أوله أن نتائجه لا تتعدى اللذة فان الاستمرار فيه وفى تشعباته لابد وان تظهر له فوائد عمليـة وعلاجية عاجلا أو آجلا ولذا يجب ان لا تتغلب علينا شهوة الفائدة العملية فى الابحاث الطبية فتلهينا عن المباحث التى يكون لها تأثير علمى (وعملى) أهم وأكبر . (النقطة الثانية) هى اننا كأطباء يجب أن تكون مداركنا متسعة غير محصورة وانظارنا بعيدة وان ندرس كل العوامل التى تحيط بنا من حيوان ونبات لان الكائنات الحية مرتبطة أشد ارتباط وما يصيب أحدها لابد أن يكون له علاقة وتأثير على ما يصيب الآخر . نعم يجب أن ندرس كل ذلك اذا كنا نبغى أن نقوم بواجبنا فى خدمة الفن الذى نتشرف بالانتساب اليه

خريطة التوزيع العالمي للمراكز الوبائية للحمى المتموجة «حمى مالطه»



القرحة الثعبانية للبلاد الحارة أو الاكالة

Ulcere phagedénique des pays chauds

محاضرة ألقاها حضرة صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن
رئيس الجمعية الطبية المصرية باسكندرية فى جلستها العلمية الخامسة عشرة

فى سنة ١٩٠٧ حضر لاستبالية دمنهور الاميرية التى كنت فى ذاك الوقت حكيما لها فلاح مصرى يشكو من تقرح فى الظهر أصابه منذ أربع سنوات وهذا التقرح أحدث ضعفاً فى جسمه ومنعه من القدرة على الشغل

سوابقه : لا نعرف شيئاً عن سوابقه ولا سوابق والديه وهو متزوج وعنده ثلاثة أولاد فى غاية الصحة ولم يحصل اجهاض لزوجته

حالته الحاضرة : شخص مصرى الجنس صناعته فلاح بمديرية البحيره مركز المحمودية طويل القامة ضعيف البنية باهت اللون انيماوى يبلغ فى العمر نحو الخمسة والخمسين سنة تقريباً وقال أنه من مدة أربع سنوات أحس باكلان بسيط فى الظهر على الخط المتوسط و بعد الهرش أحس بوجود بثرة صغيرة تزداد شيئاً فشيئاً واتسعت الى ان وصلت لهذه الحالة فى ظرف أربع سنوات وببحثه وجد معه فى الظهر على الخط المتوسط تقرح مستطيل زجزاجى بطول العمود الفقرى تقريباً يبتدىء من اسفل الفقرات العنقية مباشرة و ينتهى بالمسافة الثالثة القطنية وطول هذا التقرح نحو الثلاثين سنتيمترا والطرف العلوى له عبارة عن شكل مستدير تقريباً مشرزم الحوافى ينتهى بحواف مرتفعة قليلا عن الجلد المجاور وهذه الحوافى وما جاورها من التقرح مغطاة بطبقة غنغرينية مسودة رائحتها كريهة كذا رائحة الافراز الناتج عن التقرح لونه رمادى grisatre دفتيرى

والطرف السفلى لهذا التقرح مدبب على شكل مثلث له قمة رفيعة مغطى

أيضاً بمواد فطريه غنغرينيه مسودة وعلى طول هذا التقرح بعض استطلات
تقرحية عرضية بارزة من جانبى التقرح الطولى بشكل سيمتريك simetrique

هذا التقرح مصيب للجلد والمنسوج الخلوى تحته فقط وواصل للطبقة
العضلية الليفية المندغمة أمام النتوات الشوكية للفقرات التى هى مغطاة بطبقة
غنغرينية مسودة ورائحة هذه الطبقة الغنغرينية وافرازاتها كريهة جداً كما سبق
والمريض حافظ جميع الحركات المفصلية للفقرات مع عدم وجود أعراض نخاعية
والحرارة كانت متشكلة بشكل الحمى الضعفيه Fievre hectique معلوم ان القرحة
الاكالة للبلاد الحارة المسماة Ulcére phagedenique يطلق عليها القرحة
الثعبانية ulcére serpigineuse وهى عبارة عن قرحة ذات سير سريع وتتغطى
دائماً بغشاء رمادى دفترى وهى منتشرة جداً فى البلاد الحارة الرطبة ويسمونها
بقرحة موزنبيق Mozambique وقرحة مدغشقر Madagascar وللآن لم يعرف
الاصل الحقيقى للميكروب الذى يحدث القرحة الثعبانية للبلاد الحارة وبعض
المؤلفين يعتبرونها كعفونة الاسبتاليات Pourriture d'hopital والغالب أن
الجرثومة الثعبانية تعيش فى الاراضى الرطبة وبالخصوص الاراض ذات الطينة
الزعفرانيه l'humus كاراضى مصر الزراعية

مجلس هذا التقرح عادة يوجد فى القدم والساق وينتشر فى زمن المطر
ونادر جداً فى الفصل الحار ولم يعلم للآن لماذا يوجد بكثرة فى الاراضى الطينية
ذات الطمية Alluvions كمياه النيل والمنيل وهو المحل الذى ازمع بناؤه اسبتالية
قصر العينى فيه الآن والذى سيكلف الحكومة نحو المليون جنيه مع ان هذه
القرحة الاكالة أو بعبارة أخرى عفونة الاسبتاليات والتى تسمى القرحة الثعبانية
توجد على الحالة الافراديه sparadique فى الاقسام التى فيها سيلان المياه
بسهولة كالشلالات وما أشبه نظراً لطبيعة أرضها الحجرية الصخرية أو الرملية
منشأ تكوّن هذه القرحة هو تسلخ كما حصل لهذا المصاب عقب انفجار



(صورة رجل مصاب بتقرح فى الظهر)

بثرة صغيرة فى الظهر أو عقب جرح أو لدغ ناموسة أو علقة أو قرحة بسيطة وهى تشاهد بكثرة عند الاشخاص العارين الاقدام وتشاهد قليلا جداً عند الاشخاص لابسى النعال ولذا يوجد عند الفلاحين أكثر من الافرنج . والاشخاص الضعفاء والمصابون بالحمى الاجاميه والدوسنطاريا والاسكربوط يصابون أكثر من غيرهم

قلنا ان هذه القرحة تبتدئ بهيئة بثرة محتوية على سائل مصلى دموى تنفجر ويتغطى سطحها بغشاء دفترى لونه رمادى وهى تكون ملتصقة بما تحتها وتكون جسما واحداً ولها شكلان شكل يقال له القرحة الثعبانية يضيب سطحاً متسعا مستطيلا وهذا الشكل ينطبق على ما هو موجود فى الرسم الخاص بمريضنا

ويوجد شكل آخر يقال له الشكل الثاقب forme terebrant يصيب الاوعية ويعرى العضلات والاعصاب والاوتار ويفتح المفاصل وفى بعض الاحيان تكون التقرحات والتعفنات العمومية منتشرة فى الجسم وتحدث الوفاة ثم يوجد شكل خفيف قاصر على الجلد والنسيج الخلوى تحته ويوجد شكل آخر سيره بطىء

المعالجة — المعالجة على وجه العموم اولا تكون واقية باستعمال الحزم وعدم البقاء بالمحلات الرطبه الطينية والموجود بها الاشخاص المصابون بهذا المرض واما المعالجة التى سلكناها مع هذا المريض فهى انه بعد تنويم المريض بالكلوروفورم عمل الكى بالترموكوتير فى جميع سطح التقرح لأتلاف جميع الانسجة الغنغرينية وازالة الحوافى الصلبة الدائرية ثم استعملت المكمدات الفاترة بمحلول الماء الاوكسجينى المضاف اليه صبغة اليود (وهذا المحلول يستعمل بكثرة فى سويسرا ويفيد جدا فى جميع التقرحات العفنة ذات السير البطىء) وهذه المكمدات طول النهار وتستعمل مرتين فى اليوم مرة فى الصباح ومرة فى المساء بماء الاوكسجين الصرف فتتكون بعد خمسة عشر يوما من العملية أزرار

لحمية حميدة وكل نقطة تحتوى على أغشية غنغرينية تكوى بالترموكوتير وعندما نظف الجرح وصارت جميع أزراره اللحمية حميدة فعمل له الترقيع بواسطة جزاير صغيرة أخذت من الفخذ فنجحت المعالجة وشفى المريض تماما وفى أثناء المعالجة كان يتعاطى الادوية المقوية كالكولا والكوكا وجرعة طود

هذه الكلمة لم أقصد بالقائها على مسامع حضراتكم غير سببين . أولا ندورة شكل القرحة الثعبانية المصورة فى هذا الرسم الموجود أمامنا بشكل ينطبق على اسمها تماما . حيث ان القرحة بهذا الشكل نادرة جداً وقد بحثت فى جملة كتب لاعثر على هذا الشكل أو ما يماثله فى المؤلفات الجراحية الحديثة والقديمة الموجودة فى أغلب دور الكتب حتى الموجودة باوروبا كما أخبرنى كثير من أخوانى الاطباء الغربيين عند أطلاعهم على هذا الشكل الذى أخذته معى الى أوروبا وسأرسله للقاهرة ليحفظ فى مدرسة الطب . والسبب الثانى هو أن هذه القرحة الاكالة أو الثعبانية أو كرأى بعض المؤلفين عفونة الاسبتاليات Pourriture d'hopital توجد بكثرة فى الاراضى الرطبة ذات الطينة الزعفرانية Alluvions والتى تتكون منها الاراضى المتخلفة من مياه النيل كالمنيل الذى ستبنى فيه الاسبتالية الحديثة بالقاهرة هذا ما أرجوه من حضرات أخوانى الاطباء البحث فيه والله يرشدنا لما فيه الخير لبلادنا

حالة نزلة شعبية

مصحوبة بنفث دموى نتيجة عدوى اسبيروكيت منذ ١٤ سنة

(عن البرس مديكال)

للدكتور محمد عبد الحميد جوهر

ذكر الاستاذان Pagniez & Ravina حالة رجل عمره ٣٦ سنة يقول بأنه منذ كان فى الثانية والعشرين من عمره أخذ ينفث دما فى كل صباح وقد لوحظ ذلك أثناء الخمسة الاشهر التى أمضاها فى المستشفى الا أن حالتـه على العموم كانت جيدة وبفحص صدره والقصبة الهوائية لم توجد به علامات مرضية وبفحص البصاق كانت النتيجه سلبيـة لباسيل كوخ ووجد به عدد كبير من اسبيروكيت له خواص Spirochœta Bronchialis الا أن وسائل العلاج لم تنجح فيه مطلقاً من نوفو ارسينو بنزول (Novarsinobenzol) وليبيودول (Lipiodol) وغيرهما أما منشأ هذا المرض فلم يمكن الوصول اليه لان المريض مضى حياته بين فرنسا وسويسرا ويؤكد بأنه لم يتعد مطلقاً منطقة هذه البلاد وأهمية هذه الحالة هى أنها أظهرت لنا درجة مناعة الجسم فى هذا المرض وأمكان وجود حالات متفرقة منه بين مرضى مستشفياتنا وقد ذكر الدكتور دِبْر (Debri) حالتين من هذا القبيل فى نهاية الحرب وذكر الاستاذ Weill Hall حالة أخرى فى فتاة كانت تنفث دما منذ سنين بعيدة وبفحص البصاق لم يعثر به أيضاً على باسيل كوخ وقد وجد بأنفها تقرحات لم يوفق الاخصائيون لمعرفة سببها ؟

حمل تحت الجلد

تلقيح البويضة وانغراسها تحت الجلد

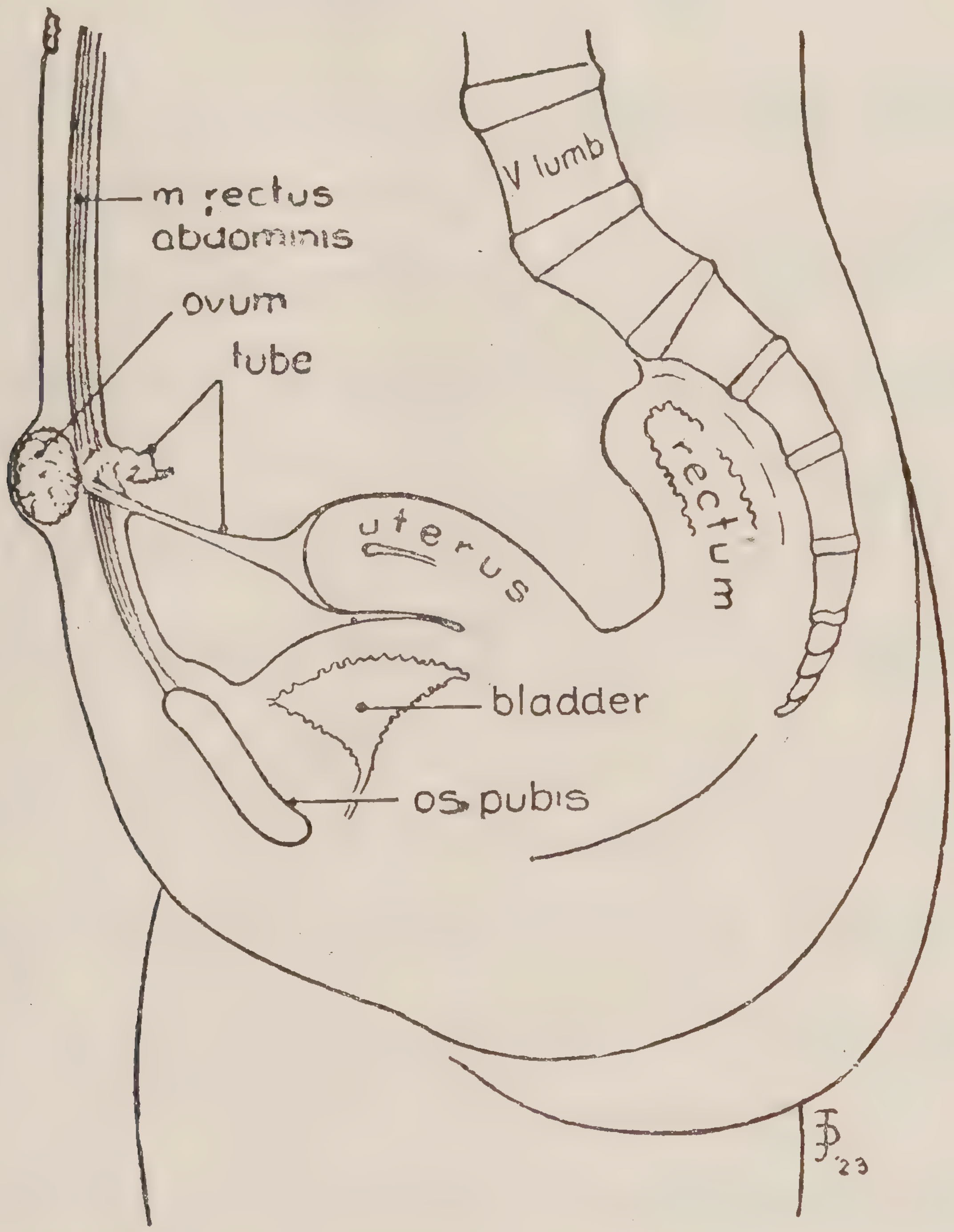
(مترجمة عن مجلة الجمعية الطبية الامريكانية)

للدكتور عبد الحميد العرابى

طالما شُرحت أحوال نادرة للحمل خارج الرحم وجد فيها الكتلة الجنينية منغرسة فى كيس فتقى بارزكورم سطحى فى الجهة الاربية وقد شوهدت أحوال قليلة لانفجار البوق الحامل وجدت فيها بواقى الجنين فى المثانة ولكن لم يسبق ان نشر من قبل عن حالة انغرست فيها البويضة ونمت كلية خارج التجويف البطنى كالحالة التى نحن بصددها . والغريب فى هذه الحالة هو انها على مايظهر الوحيدة فى بابها ولكن الشىء الذى لفت نظرنا فوق كل شىء هى الحقيقة المدهشة فى قدرة البويضة الملقحة على النمو لغاية حجم بيضة الفرخة فى وسط كوسط الصفاق السطحى للبطن

الحالة — سيدة تبلغ من العمر ٢٥ سنة تزوجت منذ أربع سنوات اجهضت مرة واحدة وليس لها أولاد . لما شاهدها الدكتور جورج لنز (George Lenz) لاول مرة كان عندها ورم بحجم الكريزة فى الجزء الاسفل من البطن فى الجهة العليا من أثر التحام لعملية سابقة وقد شخصت فى هذا الوقت كفتق فى أثر الالتحام ولما شوهدت بعد ذلك باسبوعين كان الورم قد ازداد حجمه مرتين وبناء على هذا النمو السريع تقرر عمل فحص استكشافى وقد عملت هذه العملية بواسطة الدكتور لنز (Lenz) بعد مضى أربعة أسابيع من اليوم الذى نظرها فيه أول مرة وكان الورم فى هذا الوقت بحجم بيضة القرحة وقد أظهرت العملية كيسا رفيعا شفافا تحت الجلد مباشرة منغرسا فى الصفاق السطحى واتضح

أنه كيس كوريون (Chorionic Sac) سليم و بفتحه وجد أنه يحتوى على بويضة (Embrys) مكونة تكوينا تاما . و بطبيعة الحال كان هذا الورم غير عاد فى نوعه وحينئذ فحص موضع العملية بدقة ولكن لم يعثر على أى فتحة فى الصفاق العميق أو أى اتصال بتجويف البطن ومن المفهوم ان هذه الحالة قد درست بعناية فائقة لانه فى استطاعتنا ان نقرر منها التغبير الهيستولوجى



شكل نمرة (١)
موضع انغراس البويضة وعلاقة الاجزاء الداخلة ببعضها

للبويضة النامية فى مثل هذا الوسط البسيط التى نمت فيه وهنا يمكننا ان نقول بدون تردد ان كيس كوريون (Chorionic Sac) المحتوى على البويضة يظهر

أنه نمـا حتى وقت استئصاله بمثل ما كان ينمو لوكان انغراس البويضة حصل طبيعياً فى تجويف الرحم وان شكل البويضة العمومى والميكروسكوبى لا يمكن ان يتميز عن بويضة مثلها فى درجة نموها انغرست انغراسها الطبعى

ومع كل فقد ظهر من أنسجة البويضة ابتداءحؤول مما يستدل منه على انها لغت أقصى نموها وان ضربات القلب كانت قد وقفت قبل وقت العملية

وبوصول هذه العينة الى المعمل الباثولوجى كان جسم البويضة قد انفصل الى جزئين من جهة العنق والجزء الاعلى من الصدر كما هو مبين فى شكل نمرة ٢ وطول هـذين الجزئين بجانب بعضهما هو ٣٢ ملليمتر ونسـبة نمو الايدى



شكل نمرة (٢)

الى جهة اليسار كيس كوريون مغطى بطبقة كثيفة من الشعيرات الطبيعية وبجانب مقياس المليمتر توجد البويضة منقسمة الى جزئين فى جهة العنق ويرى القلب منكشفا ومتجها الى أعلى

والاقدام والاذن والاعين والفم هى طبيعية بالنسبة الى طول البويضة ويعادل الجزء الاخير من الاسبوع الثامن وان نسبة نمو أعضاء التناسل الخارجية كان معادلا لنمو باقى أعضاء الجسم وهى انثى فى شكلها ومع ان شكل ونمو البويضة يظهر ان عمرها ثمانى أسابيع فانه يستنتج من كلام المريضة فى المستشفى أن العمر الحيضى للبويضة هو عشرة أسابيع

ويرى كيس كوريون فى شكل نمرة ٢ مغطى جميعه بطبقة كثيفة من

الشـعيرات الطبيعية وهـذا الـكيس كان آخذاً فى النمو حتى وقت العمليه وتدل حالته الهستولوجية على أنه كان لايزال ينمو أكثر من ذلك ولو أن وجود خلايات هوفبور (Hofbauer cells) بكثرة هى علامة على قرب حدوث وقوف فى النمو ولا يخفى هنا ان الصفاق فى هذه الجهة ليس به أوعية كثيرة كما هو الحال فى الانسجة التى حول الرحم وبوق فالوب وربما كان هذا هو السبب فى عدم استمرار النمو ولـكننا لا يمكننا أن نتنبأ بما كان يمكن أن يحصل اذا لم يكن الورم قد استئصل ولـكن غير محتمل أنه كان ينمو أكثر من ذلك وقد كنا ننتظر قياساً على الحمل البوقى حدوث أنزفة فيما بعد ولو أنها ليست شديدة وأخيراً يحصل امتصاص فى كل الأنسجة

ولادة بعد الوفاة بستة وثلاثين ساعة

(مترجمـة عن مجلة الجمعية الطبية الامريكانية)

للدكتور عبد الحميد العرابي

كان طول الجنين ٢٤ سنتى متراً (التحرير — أى فى نهاية الشهر الخامس) وتدل الاحوال على أن الولادة حصلت بقوة ضعف الغازات المتكونة داخل الرحم وكانت المريضة عمرها ٣٢ سنة وتوفيت عقب حدوث قشعريرة بيومين وتدل الاعراض الاخرى على احتمال حدوث اجهاض جنائى

العملية القيصرية الذاتية على الفأر

(مترجمة عن مجلة الجمعية الطبية الامريكانية)

الدكتور عبد الحميد العرابى

أرسل الدكتور بلدوين (Baldwin) من كولومبوس أوهايو الى رئيس تحرير مجلة الجمعية الطبيه الامريكانية تقريراً بالحالة الآتية :

فى ١٧ اكتوبر ١٩٢٢ رؤيت فأرة سمراء اللون موضوعة مع فيران أخرى فى قفص فى سجن أوهايو تقرض بطنها وقد لفت ذلك نظر مستر مور أحد مديرى السجن ومستر جيمز سيفر أحد رؤساء الخدم فاخذا يراقبان الفأرة حتى قرضت خرقا فى بطنها واستخرجت منه أربعة فيران . وكان فأران منها لا يزالان على قيد الحياة ولكنهما توفيا بسرعة

ولم يظهر على الفأرة شيء يدل على تأثرها بهذه العملية بل صارت تجرى داخل القفص كأنه لم يحصل لها شيء

وقد لفت مستر توماس محافظ السجن نظر الدكتور بلدوين الى هذه الحالة بعد ذلك ببضعة أيام ثم زاره الدكتور بلدوين فى مكتبه ورأى الفأرة ولم ير فيها شيئاً الا أثرة التحام جيدة

وبعد أن تناقش الدكتور بلدوين مع بعض زملائه فى هذه الحالة تراأى لهم أنه من الاهمية معرفة ما اذا كانت هذه العملية هى العملية القيصرية العادية أو أنها فتحة فى كيس حمل خارج الرحم وعليه فقد سلمهم محافظ السجن الفأرة محبة فى العلم . وبعد ذلك أرسلت الفأرة الى الاستاذ هويت (Prof. White) رئيس القسم البيطرى فى جامعة أوهايو وقد دل فحص الفأرة على ان الحمل كان فى الجيب الايمن للرحم وكان طبيعياً ولذلك لم يعرف السبب الذى دعا

الفأرة الى أن تلتجئ الى هذه العملية . وقد قال الاستاذ هويت اثناء محادثته أنه لم يسمع قط بمثل هذه الحادثة وبمخاطبة عدة معامل من التى تربى عددا كبيراً من الفيران لاغراض علمية لم يعثر منها على تقرير يماثل هذه الحالة

وقد نشر الدكتور مريل ركيت (Merrill Ricketts) من سنسيناتى منذ سنوات مضت ان العملية القيصيرية الذاتية شوهدت فى حالتين على الانسان وقد تلقى الدكتور ركيت (Ricketts) تصريحاً عن الرسالة التى أرسلها الى مكتب تجارة المواشى فى وزارة الزراعة فى الولايات المتحدة بانه لا يوجد فى السجلات الموجودة فى الكتبخانة أى دليل على حدوث العملية القيصريه الذاتية على الحيوانات وانه لم يسبق ان نشر فى الادبيات البيطرية عن حدوث مثل هذه الحالة

قيمة العلاج بالخراجات الصناعيه

مترجمة من المجلة العلاجية

للدكتور عبد الحميد العرابى

قد أورى الدكتور فوشيه (Fochier) فى سنة ١٨٧٥ ان الخراجات الصناعية ربما كان لها فوائد علاجية وقد شاهد ان الخراج الذى حدث عقب حقنة الكينين تحت الجلد فى حالة حمى النفاث كان له تأثير حسن على سير المرض وقد نشر بعد ذلك بستة عشر سنة مقالا حض فيه على استعمال هذه الطريقة والفكرة فى ذلك هى ان الميكروبات المنتشرة فى الجسم يمكن بأحداث تهيج أو التهاب موضعى ان تتجمع حول هذه النقطة وتثبت فيها

وقد قال الدكتور تود (Todd) الذى كان طبيباً مستشاراً للجيش الانجليزى

فى الرور فى احدى أعداد اللانست ان هذه الطريقة استعملت فجاءت بنتائج حسنة فى الجهات المجاورة لمدينة ليون أما فى الجهات الاخرى مع أنها كانت معروفة هناك الا انها لم يعتنى بها وخصوصاً فى انجلترا

واستمر الدكتور تود فى وصف أحوال ذات الرئة والنزلات الشعبية التى كانت فى درجة الخطورة من المرض واحوال تسمم دموى اخرى مصحوبة بالتهاب قلبي استعمل لهـا الخراجات الصناعية . والطريقة التى كان يتبعها هى ان ينظف موضع الحقنـة بالـكؤول ثم يحقن سنتى متر مكعب من زيت التربنتينا تحت الجلد مع ملاحظة ان السائل لا يمر فى الصفاق ثم ان موضع الحقنة المختار هو ما بين عظمة الالية والضلع الاسفل أو أحيـانا فى الجزء الاعلى من الجهة الامامية للفخذ و بطبيعة الحال فان مثل هذه الحقنة مؤلمة على نوع ما ولـكن يمكن تجنب جزء كبير من هذا الالم بتثبيت العضو ولاجل هذا السبب فى أحوال ذات الرئه يحسن ان تعمل الحقنة فى الفخذ حيث أن عضلات البطن هى دائماً فى حركة من السعال . ثم ان بعض الالم الموجود عند ابتداء تكوين الخراج ناشىء عن الضغط ويمكن تخفيفه جزئياً باستعمال الـكمادات الساخنه . ويحصل التفاعل (Reaction) بسرعة فى بحر أربعة وعشرين ساعة ويأخذ فى الازدياد حتى يتكون ورما كبيراً مائلا الى الاحمرار وعادة يظهر فيه التمويج فى اليوم الرابع . ففى هذا الوقت يعمل شق فى الجزء المتموج ليخرج منه الصديد ثم يغسل الجرح بعد ذلك بالـكؤول والقاعدة ان أحسن وقت لعمل هذا الشق هو ما بين اليوم الرابع والسادس ويندر ان يكون بعد ذلك . فاذا لم يحصل تفاعل بعد عمل هذه الحقنة فالغالب أن المقدار كان صغيراً وعليه يعمل حقنة أكبر منها فى جهة أخرى

وان باتولوجية هذه الطريقة تنحصر فى الحقيقه الواقعة فى تجمع العدوى فى موضع مركزى وربما أيضاً تكثر القوة الآكلة للخليات ويعتقد الدكتور

تود ان هذا النوع من العلاج لهو ذو قيمة من جهة انذار المرض(Prognosis) كما هو من الوجهة العلاجية لانه اذا تكون الخراج بسرعة عقب الحقنة كان هذا دليلا على ان انذار المرض حسن فى حين انه اذا لم يتكون الخراج خصوصاً بعد عمل حقنة ثانية كان ذلك دليلا على ان المريض فى حالة ضعف شديد لا يمكن بها احداث حالة التهاب حاد

وقد ذكر الدكتور تود احصائية الدكتور نتر (Netter) الذى استعمل هذه الطريقة فى علاج الالتهاب السحائى وكانت نسبة الوفاة ٢٤ فى المائه بدلا من النسبة الاعتيادية ٤٠ و ٤٥ فى المائه . ويقول الدكتور تود ان الوقت الذى يجب ان يستعمل فيه هذا العلاج هو بطبيعة الحال عامل فى الموضوع وفى الواقع فان هذا العلاج لا يفيد فى الاحوال المتأخرة وكلما بكر فى استعماله كلما كانت النتيجة حسنة

واخيراً يستنتج الدكتور تود ان الخراج الصناعى منبه لتكوين الكرات البيضاء وربما للقوة الآكلة للخليات وان الاحوال التى يستعمل فيها هى الامراض الخطيرة وعلى الاخص العفنة منها مع وجود ضعف فى قوة دفاع الجسم

تقريظ الكتب ونقدها

المناهج الطبية لاتقاء الامراض الافرنجية

للدكتور جورج صوايا

عنوان مجد الامة احتفاظها بلغتها . ودعامة قوميتها استماتتها فى المحافظة عليها ولا أدل على ذلك من استقراء حوادث التاريخ فبولاندا لم تستعد استقلالها الا بعضها بالنواجذ على لغتها وعاداتها بالرغم مما بذله الدب الروسى فى الافتئات

على حقوقها وتطويقه لها بالقوانين القاسية حتى تندمج اندماجا كليا فى الدولة الروسية

نذكر ذلك بمناسبة ما نراه من النهضة الشرقية المباركة وقيامة أبناء الشرق بتعريب وتأليف كتب العلوم العصرية . اذ قد وصلنا حديثاً من وراء البحار (كتاب المناهج الطبية) لمؤلفه حضرة الدكتور چورج صوايا الطبيب ببونس أيرس بالارجنتين

يقع هذا الكتاب فى خمسمائه صفحة من الحجم الكبير جميل الشكل حسن الطباعة وهو كما يدل عنوانه يبحث عن الامراض الزهريه وقد تصفحناه فوجدناه كتابا شاملا سهل العبارة سلس الاسلوب ومبوبا الى اثنين وعشرين بابا غير المقدمة والتمهيد طرق فيها مؤلفه تاريخ الزهرى وأنواعه وأدواره وطرق علاجه قديماً وحديثاً وعلاقته بالزواج . . . . الخ

لغة المصنف عامة لغة عربية فصحى تدل على مكانة حضرة المؤلف من لغته وتمكنه منها غير أننا لا ندرى السبب الذى حدا به الى استعمال (١) خليط من الفاظ العربية الافرنكية مثل الطحاليتس والعظميتس والمصوليتس وغيره مع ان (س . S) لا تستعمل للنسبة مطلقاً فى لغتنا العربية بل كان الواجب ان يقال التهاب والتهاب معوى . . . . الخ

والغريب ان هذه الالفاظ مستعملة بجانب كلمات عربية فصحى كقوله صفحة (٢٥٤ — ٢٥٤)

يستطيع الفاحص أن يتبين بالجس والقرع والسمع أعراض ذات الرئة وذات الجنب مرتكزة فى سفح الرئة اليمنى وظواهر الشعبيتس العمومى شاملة أنحاء الرئتين كافة

(٢) استعماله الفاظ افرنكية مع وجود ما يقابلها باللغة العربية مثل

اللفظ الافرنكى		اللفظ العربى
سناتوريا	—	مصحات
برنكونيومنيا	—	التهاب رئوى شعبي
انكلوز	—	تشوه
شنكر	—	قرحة صلبة

أطلق حضرته كلمة الامراض الافرنكية على الزهرى والسيلان وبين فى اختياره لذلك سببين شرحهما فى التمهيد واننا وان كنا نقره نوعا على اختياره هذا الاسم العام الا أننا لا نقره على اختياره كلمة التعقيبة للسيلان والسفلس للزهرى لان هذين الاسمين أصبحا معروفين لدى كل انسان انهما مسميان لهذين المرضين فلا معنى اذا لاختيار الفاظ غيرهما بالرغم عن سوء الترجمة فى الاصل وخطأ مشهور خير من صواب مهجور

وقبل أن نختم هذه الكلمة نقدم لحضرة المؤلف آيات الشكر على عظم المجهود الذى بذله فى اخراجه هذا الكتاب النفيس واختياره اللغة العربية لغة أهله ووطنه ونرجو لمؤلفه ان يتدارك هذه الملاحظات وامثالها فى الجزءين الباقيين وكذلك عند اعادة طبع الجزء الاول كما ان ادارة المجلة الطبية المصرية تقدم له جزيل الشكر على اهدائه الكتاب لها وتتمنى له الذيوع والانتشار الجديرين به

حفلة تأبين المرحوم

المأسوف عليه الاستاذ الدكتور محمد طلعت باشا

أقامت نقابة جمعية الاطباء المصرية حفلة تأبين المرحوم المأسوف عليه الدكتور محمد طلعت باشا بمناسبة الاربعين

ففى الساعة الخامسة والنصف من مساء الجمعة ٣ اغسطس سنة ١٩٢٣ أمَّ كاوب مدرسة الطب الملكية عدد عظيم من حضرات الاطباء يتقدمهم سعادة الرئيس الدكتور السيد عيسى حمدى باشا . وافتتحت الجلسة تحت رئاسة سعادته بقراءة آى الذكر الحكيم

ثم قام الدكتور نجيب اسكندر والقى الكلمة الآتية بالنيابة عن سعادة الرئيس

سادتى واخوانى وابنائى

عرفت فقيدنا العزيز المرحوم الاستاذ طلعت باشا فى باريس فى صيف عام كنت أقضيه فى رحلة فى فرنسا مع أنجال سمو الخديوى المغفور له توفيق باشا سنة ١٨٩١ . وقد أخبرنى بأنه اشتغل فى معمل باستور فسألت عنه صديقى الاستاذ الشهير الدكتور رو وكيل معمل باستور وقتئذ ومديرها حالا فمدح ذكاءه وجده . ففرحت لأن مدرستنا الطبية كانت محتاجة الى استاذ يدخل فيها للعلوم الميكروسكوبية وفعلا تقدم فقيدنا لامتحان المسابقة لوظيفة استاذ ثانى وفاز بنجاح باهر وتعين لتدريس التشريح الدقيق والعلوم الميكروسكوبية الأخرى وأنشأنا له المعامل الخاصة بها وقد كان رحمه الله فى الوقت نفسه مساعداً لى بقسم الامراض الباطنية . و بعد سنوات قليلة تعين استاذاً أولا للتشريح الدقيق والبكتريولوجيا. وقد كان طول هذه المدة نشطاً فى اشغاله مجتهداً مجداً معطياً للطلبة أقصى عناية

وبعد تركى للمدرسة نقل الفقيد الى وزارة المعارف العمومية بوظيفة حكيمباشى ومنها الى وكالة الصحة العمومية منذ سبعة عشر شهراً وقد كان من نوابغ الاطباء الذين تفتخر بهم البلاد والعلم واننا لنأسف أشد الأسف اذ عاجلته المنية قبل أن يتم ما بدأه من الاصلاحات الكثيرة لتحسين الحالة الصحية بقطرنا العزيز

ثم قام الدكتور سعد بك الخادم بالنيابة عن نقابة الاطباء فالقى الكلمة

أيها السادة

أشكر حضراتكم باسم نقابة الاطباء على تفضلكم بتلبية ندائها وحضوركم للقيام بواجب تراه النقابة من أقدس الواجبات وهو احياء ذكرى فقيدنا المرحوم الاستاذ محمد طلعت باشا

حقاً لقد خسر الوطن وخسر العلم خسارة عظيمة بفقد هذا العالم العظيم . خسرناه فى وقت نحن أحوج ما يكون الى أمثاله من كل وقت آخر فيالها من خسارة كبيرة

عرفت طلعت باشا من أكثر من عشرين سنة فعرفت فيه العلم الغزير والنجابة الكبيره — عرفت فيه دقة التشخيص للامراض حتى كان يخيل لى فى بعض الاحيان أنه مبالغ فيما يتنبأ به ولكن سرعان ما تحقق الايام صدق تشخيصه و بعد نظره

عرفت فى طلعت الأخلاق المتينة والغيرة الصادقة على الطب والاطباء وسمعة مواطنيه منهم — كان صلباً لدرجة الخشونة ولكن فى الحق والمبدأ فنعم الخلق ونعم الطبيب —

أظهر طلعت باشا مهارة نادرة فى كل الوظائف التى تقلدها فقد بيض وجه الاساتذة المصريين فى مدرسة الطب حينما كان يدرس فيها علم الهسيتولجى ثم قام بخدمات جليلة وهو فى المعارف وقد بدأ يغرس اصلاحاته فى ادارة الصحة

العمومية ولكن وافاه القدر المحتوم فلم يجن ثمار غرسه وراح مبكياً عليه من الجميع

تاريخ طلعت باشا المملوء بالفخار يلزم أن يكون انموذجاً حسناً يقتدى به جميع الاطباء

ففى ذمة الله استودع هذا البطل العظيم وأدعوه جل شأنه أن يجعل مصابه آخر ما يصاب به هذا الوطن الأسيف

ثم تلى الدكتور نجيب اسكندر الخطاب الآتى الوارد من سعادة الاستاذ الدكتور محمد جاهين باشا

كنت أحب لو أكون معكم فى اجتماعكم لتأبين استاذى وصديقى المرحوم الدكتور طلعت باشا لولا أن الظروف لا تسمح لى للأسف بذلك فارجوكم أن تنوبوا عنى فى اظهار عواطف الحزن والأسف لفقد الصديق القديم ولتكرار عبارات العزاء الخالصة لعائلته الكريمة

كلنا يعرف مقدار ما امتاز به الراحل الكريم من المهارة فى فنه والحذق خصوصاً فى فن التشخيص لذلك أريد أن أشير الى بعض صفاته البارزة التى يجب أن تكون قدوتنا ومثلنا الأعلى حتى يكتمل للطبيب المصرى مع الحذق فى فنه الذى عرف به صفات الرجولة وعالى الخلق مما يلزمنا فى هذا الدور من حياتنا العامة — امتاز المرحوم الدكتور طلعت باشا بالاستقلال فى الرأى لدرجة التشدد فيه وامتاز رحمه الله بالاستقامة الكاملة ولا يمكن للانسان أن يكون مستقلا فى رأيه مرفوع الرأس بين كل الناس الاَّ اذا كان مستقيما وشريفاً مرتاح الخاطر والضمير منزهاً عن كل نقيصة لذلك عاش محترماً وكان دقيقاً ولذلك نجح فى عمله وفى فنه وكان بودى لو ذكرت لكم ما أعرفه عنه من هذه الصفات ولكنى لا استطيع ذلك فى اجتماعكم هذا لذلك اكتفى بأن أقول ان المرحوم الدكتور طلعت باشا

كان يجمع بين المهارة الفنية والاخلاق المنزهة عن النقايص وهذا سبب نجاحه وسبب حبنا له وحزننا لفقده وعندى أن القسم الثانى من صفاته الزم لنا نحن المصريين فى حياتنا وانفع

ثم قرأ حضرته ترجمة الخطاب التالى المرسل من الدكتور طود مدير معامل الصحة

Public Health Laboratories
Cairo the lst August 1923

The Secretary,
Egyptian Medical Association.
Cairo.

Dear Dr. Naguib,

As I only returned from leave in Europe last night and did not get your letter until this morning I very much regret that owing to a previous engagement I shall be out of Cairo on Friday and so unable to be present at the meeting of the Egyptian Medical Association in honour of Late Talaat Pacha.

Talaat Pach's sudden death is a very great loss to the cause of public health in Egypt and this will be especially felt inthe Laboratories in the work of which he had always shown the most sympathetic interest and it is very sad that he should not have been spared to see the results of his work.

Talaat Pacha's charming personality made him a general favourite and the sympathy of the whole Medical profession in Egypt will go out to his family in their sad bereivement.

Yours sincerely,
C. Todd

وكذلك ترجمة الكتاب الآتى الوارد من الدكتور ماكلين مدير مستشفيات الرمد بمصلحة الصحة

Department of Public Health,
Cairo.

Dear Dr. Nagib Scander,

I much negret that I am unable to come this afternoon to the meeting in honor of the late Dr. Talaat Pasha.

I have howver been summoned to an important Consultee meeting at 5. 30 p. m.

I consider that the death of Dr. Talaat Pasha was a geat lsss to Egypt.

Yours Sincerely,
A. T. Mac. Callan.

Aug. 3. 923.

و بعد ذلك تليت رسائل الاعتذار مع عبارات العزاء من كل من الدكتور احمد الرشيد بك والدكتور عثمان البنهاوى و رسالة برقية من الدكتور سمعان نجار

ثم ألقى الدكتور احمد بك حلمى القصيدة الآتية بعد ان أبن الفقيد بكلمات مؤثرة

اليوم يا عين سحى الدمع هتانا ... وأمطرى واملأى مااستطعت غدرانا
وأن أبى الدمع سحا فاسمحى بدم ... وابكى فقيداً سما بدر السما شانا
وأنت ياقلب فاخلع حلة جعلت ... للأنس فالأنس ولى بعد ما بانا
قدكنت أدعوك صبرا كلما عرضت ... لى النوائب فى صعب وما هانا
الا على طلعت فاجزع وذب كمدا ... واشرب عن الراح أكداراً وأحزانا
فالصبر يحمد الا أن قضى رجل ... كان الانام له فى العلم غلمانا
يا راحلا والحشا من هول فرقته ... يسقى م ن الهم أشكالا والوانا
ما كنت قط رئيساً بل اباً ملئت ... منه الجوانح اشفاقاً وتحنانا
اذا هفا اينا جازيت هفوته ... ستراً وجازيته صفحاً وغفرانا
وان أساء مسىء لم ينل ضررا ... على الاساءة بل مناً واحسانا

قد كنت فى العلم نبراساً تضيء به … دجى الشكوك اذا صادفت حيرانا
بل كنت فى الطب من آيات من سجدت … له البرية اخلاصاً وايمانا
ان عظم الناس بقراطاً لحكمته … وألبسوا رأس جالينوس تيجانا
فأنت أرفع من هذين منزلة … وأنت أكثر ابداعاً واتقانا
أجدت كل فنون الطب معرفة … حتى غدوت لاهل الطب عنوانا
ما جس كفك من داء وأنكره … كأن طبك من ايحاء مولانا
ولا لمست مريضاً أهله يئسوا … من الشفاء وسحوا الدمع طوفانا
ألا وهب نسيم البرء فانكشفت … عنه السقام وبات الكل جذلانا
كم حار غيرك فى صدر وأعجزه … قلب فبات كثير الفكر سهرانا
حتى أتى لك يسعى وهو معترف … بالعجز يطلب ارشاداً وتبيانا
أريته أن بالمسماع معجزة … عند المجرب أسماعاً وآذانا
فعاد من بعد ما علمته عجبا … لنشر فضلك بين الخلق اعلانا
وظن أن بمسماع بحثت به … قد ركب الله أبصاراً وأعيانا
لبثت تشفى عضال الداء ان عجزت … عنه الاساة وتبرى منه أبدانا
رددت جيش المنايا وهو منهزم … عن المراض ولاقت منك خزلانا
نجيت منها ألوفا ما لها عدد … من النفوس فنامت عنك أزمانا
لكنها لم تنم عن ثارها أبدا … حتى رأتك عن الاقدار غفلانا
فانشبت فيك أظفارا وما علمت … ان اغتيالك تمزيق لاحشانا
ما كنت أحسب أن العلم ننظره … تحت التراب وقد صدقته الآنا
فالنفس ان جزعت والعين ان دمعت … فما أقامت على الاحزان برهانا
سقاك ربك غيثاً من مراحمه … كغيث علمك هتانا فهتانا

ثم تلاه الدكتور نصر بك فريد فشرح خلق الاستاذ وعلمه وكيف كان موته خسارة للبلاد عامة والاطباء خاصة

ثم الدكتور على راشد والقى الكلمة الآتية

حياة الدكتور طلعت باشا العلمية

بما أنى اشتغلت مع سعادة الباشا رحمه الله مساعداً له فى مستشفى عباس وعاشرته مدة طويلة فقد عرفت عنه وأخذت منه شيئاً كثيراً

كان رحمه الله وديع الاخلاق صريحاً فى أقواله وأعماله تظهر على سيماه علامات الرضا وعلامات الغضب لا يخفى فى قلبه شيئاً يكره الكذب ويحب الصدق . يعفو عن من يهفو و يصدق . و يغضب على من يكذب . يبتعد عن النفاق والدسائس عزيز يحفظ كرامة نفسه و يحترم شخصه وكان محترماً مهاباً له شخصية بين الكبراء والعظماء

لما كان حكيمباشى القسم الطبى بوزارة المعارف لم يشأ أن يحرم الفقراء من علاجه فقبل أن يكون حكيمباشى قسم الامراض الباطنية بمستشفى عباس متبرعاً فكان يحضر لعمل العيادة الداخلية ثلاثة أيام فى الاسبوع وكما كان يفيد المرضى كان يفيدنا علمياً وكان يتباحث مع مساعديه فى التشخيص والعلاج وهو لا يقل عن اساتذة الجامعات فى أوروبا كفاءة ومقدرة . قالوا عنه ان اذنه ومسامعه يغنيه عن الفحص بالاشعة فى التشخيص حقيقة صدقوا فيما قالوا فقد حدث مرة انى أدخلت مريضاً من العيادة الخارجية يشكو بضيق فى التنفس ولم أصل لتشخيصه فلما حضر المرحوم فى الصباح وفحص المريض طلب منى أن نراه بالاشعة لأن الحالة حالة انسكاب التمور وفعلا لما فحصناه بالاشعة وجدنا السائل ظاهراً وواضحاً وضوحاً تاماً وقال انه رأى مثلها لما كان بمستشفى قصر العينى وشخصها كذلك ولكن خالفه بعض زملائه ولما توفى المريض وعملت له الصفة التشريحية وجد أنه مصيب فى تشخيصه ولم تكن توجد آلة اشعة وقتها بمصر

كان يشخص بعض الامراض بالنظر فكان يقول انظر لاحمرار عينى هذا المريض فهو لا شك فى حالة تيفوس وكان نظره لا يخطئ أبداً

وأما علاجه فكان بسيطاً جداً حتى انى كنت أرى له تذاكر مكتوباً فيها فرع صيدلى فارماكوبيا قصر العينى وما كان يجازف بحياة مرضاه بتجربة أدوية لم يتحقق من تأثيرها وفائدتها وكان يفضل استعمال العقاقير المعروفة عن استعمال المستحضرات التى لا يعرف من تركيبها الا الاعلانات عنها

ومع بساطة علاجه فقد كانت النتيجة العلاجية شافية لجميع مرضاه وكم من العالم مدين له بحياته . وقد ضحى بصحته فى خدمة بلاده العزيزة وقبل منصب وكالة الداخلية للشؤون الصحية ولم يكن فى احتياج له لا من الوجهة المالية ولا من الوجهة الأدبية ولا ننسى له جهاده العظيم فى مسألة تعليم الطب باللغة العربيـة ولو أطال الله حياته سنة أخرى لرأينا من مشروعاته النافعة العظيمة ما أفاد البلد الفائدة العظمى فقد كان ينوى توسيع المستشفيات وانشـاء مستشفى خاص بالمسلولين ولـكن مصر مصابة فى رجالها العظماء

هذا قليل من كثير مما لو أردت تعداد مناقبه لاحتجت لوقت كبير ولا أصل لإيفائه حقه من خالد الذكر الحسن

فطلعت باشا تاريخ مملوء بالحسنات والطيبات رحمه الله وجعل الجنة مثواه

ثم قام حضرة مصطفى توفيق بك والقى الـكلمة الآتية : —

أيها السادة وياحضرات الاخوان

كان بودى أن أقف فى يوم ما خطيباً فى حفلة تـكريم للمرحوم الدكتور محمد طلعت باشا نظير الاعمال الجليـلة المفيدة التى فكر فى ايجادها بمصلحة الصحة العمومية ولـكن قضت ارادة الله ولا راد لقضائه الا أن أقف فى هذا اليوم مؤبناً لفقيد العلم ورسول الشفقة والرحمة للانسانية . ولذا فالحزن ملء الفؤاد والأسى

يدب فى جميع أعضائى فلا تؤاخذونى ان لم أقم بما يجب علىّ من ذكر مآثر العالم الراحل —

قد كان المرحوم استاذى المطاع فى الصغر ورئيسى المحترم فى الكبر فعلمنا جميعاً العلم والشفقة ومؤاساة المريض وقذفنا رجالا فى معترك الحياة والكل يتحدثون بفضله وعلمه ومقدرته الطبية فى معرفة الداء ووصف الدواء حتى عم ذكر اسمه فى البلاد والقرى و بين العائلات كما تعلمون وعند ما أرادت حكومتنا السنية اصلاحاً بمصلحة الصحة انتدبته فلبى الدعوة و بذلك علمنا كيف تكون التضحية فى خدمة البلاد ولم تقف هذه التضحية عند الاشياء المادية بل تعدت الى تضحية الصحة والتنفس فكنا نراه يعمل كشاب غير متق الله فى صحته وقوته وشيخوخته وحياته حتى انه وهو مريض كان يشتغل ثلاثة أيام على مكتبه ودمه يغلى من ارتفاع درجة الحرارة ودماغه محتقنة من شدة المرض وما حوته من المشروعات النافعة المفيدة للبلد والانسانية ولم تمض الا أيام قلائل وفوجئنا بالمصيبة الكبرى وهى وفاته بمرض بسيط لم يعطه أقل اعتناء فى ابتدائه كما علمتم فضاع وآسفاه ضحية العمل فسلاماً على تلك الروح الطاهرة وسلاماً على تلك الارادة الحديدية وسلاماً على العلم والحلم والفضيلة وعزاءاً لعائلة فقيد مصر وصبراً لنا جميعاً على هذا الخطب الجلل ورحمة من الله له جزاء أعماله الجليلة أسأله سبحانه وتعالى أن يوفقنا جميعاً لخدمة بلادنا فى ظل مليكنا حفظه الله

و بعد ذلك اختتمت الحفلة بشكر سعادة الرئيس لحضرات الزملاء على حضورهم للحفلة مما يدل على تقديرهم لعلم وفضل الفقيد تغمده الله برحمته واسكنه فسيح جنانه ثم قرئ ما تيسر من آى الذكر الحكيم

وانتهت الحفلة فى الساعة السادسة والدقيقة العاشرة مساء . وخرج الحاضرون وهم يعددون مآثر الفقيد رحمه الله

وقد ورد التلغراف التالى من جمعية الاسكندرية عقب الحفلة

الجمعية الطبية المصرية باسكندرية تشارك زملائها المحترمين الحزن لفقد المرحوم الاستاذ طلعت باشا فى وقت تحتاج بلادنا العزيزة فيه الى ما اتصف به من سامى الصفات وعالى الهمة وغزارة العلم وحب الجد والعمل . كان رحمه الله خير مثال للطبيب المصرى فى حياته فلنجعل اقتداءنا به أمام العالم خير ذكرى له بعد مماته أسبل الله عليه من رضوانه ورحماته عدد فضائله وحسناته

السكرتير الدكتور

عبد الواحد الوكيل

Department of 'Public Health,
Cairo.
August 4, 1923.

Dear De. Naguib Iskandar,

I am very sorry iudeed that I was unable to take advantage of your kind invitation to attend the meeting held yesterday at the Club Building of the School of Medicine in honour of the late Talaat Pasha. During thc short time the late Talaat Pasha and I worked together in the Department, I had a considerable opportunity of getting to know him well with the result that I held him in great esteem and effection.

It was with all the greater regret, therefore, that I found myself unavoidably detained at the last moment so that I was unable to attend your meeting which I would have much liked to attend.

Yours sincerely
Dr. Lees

Dr. Naguib Iskandar,
Secretary,
Egn. Medical Association,
C a i r o

محضر الجلسة العلمية الحادية والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة بصالة الفيسيولوجيا بمدرسة الطب بقصر العينى فى الساعة العاشرة والدقيقة ١٥ من صباح الجمعة ٦ ابريل ٩٢٣ تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا و بحضور نخبة من أطباء القاهرة والاقاليم

و بعد افتتاح الجلسة عرض الدكتور نجيب اسكندر حالة تأكل فى الاظافر ثم قام الدكتور فخرى والقى محاضرته عن فقرة الجماع الكبرى وقد استعان المحاضر بعرض صور بالفانوس السحرى و بعد الانتهاء منها شكره سعادة الرئيس ورجاه حضرات الزملاء فى تحرير محاضرته هذه ثم قام دكتور سالم هنداوى والقى كلمة عن عملية الشعرة بالخياطة الغائرة استنباط حضرته وقد دارت عند ذلك مناقشة اشترك فيها كل من الدكتور سيد عبدالحميد سليمان بك والدكتور نصر فريد بك واقفلت الجلسة بعد مادامت ساعتين تقريباً

السكرتير

محضر الجلسة العلمية الثانية والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية فى الساعة الثامنة ونصف من مساء الجمعية ٨ يونيو ١٩٢٣ بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا و بحضور نخبة من أطباء القاهرة والاقاليم

وبعد تلاوة محضر الجلسة الماضية والمصادقة عليه اقترح السكرتير ايقاف الجلسة دقيقتين حداداً على وفاة المرحوم الاستاذ الدكتور لوس العالم الالمانى فى علم الديدان والذى كان استاذاً بمدرسة الطب المصرية لغاية سنة ١٩١٤ وبعد ذلك دعى الدكتور محمد خليل لالقاء كلمته عن حياة الدكتور لوس العلمية . وقد تخلل ذلك بعض المناقشة بخصوص مكتبة الفقيد وبعد ان انتهى حضرته قرر الحاضرون تكليف السكرتارية لارسال تلغراف عزاء من الجمعية لعائلة الفقيد

وبعد ذلك دعى الدكتور زكى خالد لالقاء محاضرته عن (بحث علمى فى حمى مالطة) ابان فيها المحاضر نتيجة تجاربه الخصوصية مما استوجب ثناء الحاضرين وشكرهم له على جهاده العلمى

ثم تكلم الدكتور نجيب اسكندر عن علاج الزهرى بالبزموت ولم يحضر الدكتور عبد العزيز اسماعيل بك

واقفلت الجلسة فى الساعة ٩ والدقيقة ٥٠ مساء ؟

محضر الجلسة العلمية الخامسة عشرة

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة فى قاعة قومسيون البلدية يوم السبت ٢٦ مايو ١٩٢٣ الساعة الثامنة الا ربع مساء تحت رئاسة حضرة صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن رئيس الجمعية

فقام حضرة الرئيس شاكراً الاعضاء على سؤالهم عن صحته أثناء تغيبه فى حلوان لداعى المرض وشاكراً أيضا اعادة انتخابه رئيساً للجمعية

ثم القى سعادته محاضرة عن مشاهدته لحالة قرحة ثعبانية وهى المنشورة فى مكان

آخر من هذا العدد ثم دارت جملة مناقشات فى موضوعها

وأخيراً تكلم سعادته عن حالته المرضية وعن طرق علاجها واثنى على جميع زملائه فى القاهرة الذين تكرموا بعيادته وعلاجه وزيارته ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء ؟

السكرتير

عبد الواحد الوكيل

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد


ميدي
مرهم ميدي
لبوس ميدي
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
يحتوي على اربع عناصر فعالة وعليه تأثير محقق
ادرينالية
استوفايية
انستيسية
خلاصة ابو فروه الهندي جديدة وثابتة
للبواسير
حبيبات فوارة
بيبرازين ميدي
لا بد من الاعتراف لهذا بالمكانة
العظمى التي يلقاها البيبرازين ميدي لدى
جمهور الاطباء والمرضى وانه للادوية الحديثة ما هي الاسميات
ولا تضارع ابدا ما يأتيه لهذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لهوشار
من لعقتين الى ست ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحمضة البوليك

العدد الثامن

سبتمبر سنة ١٩٢٣

السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا للطلبة
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات: ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين

الرسائل الخاصة بالادارة: ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد



المرحوم الدكتور محمد المصرى

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثامن | اكتوبر سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

فيسيولوجيا التناسل

(لذة الجماع الكبرى Orgasm)

محاضرة : الدكتور فخرى

سيدى الرئيس . سادتى الأفاضل

كنت القيت محاضرة بالانجليزية Orgasm فى جمعية قصر العينى الطبية فلما سمع عنها بعض حضرات الزملاء طلبوا منى ان القى مثلها بالعربية فى اجتماع من اجتماعات جمعيتكم التى أشعر بشرف عظيم بوقوفى محاضرا فيها . وانتهز هذه الفرصة لأسمع حضراتكم بعض ما دار من المناقشة حول ترجمة لفظة Orgasm التى اعتبرها اسم موضوع محاضرتى اليوم . أما أنا فقد اعطيتها اسم « لذة الجماع الكبرى » ومع ما فى هذه التسمية من ضعف التدقيق العلمى . الا أنى اجدها اقرب ما يمكن لحقيقة معناها . ولكن الجمعية — سامحها الله — لم تر اعترافها بذلك الامع ان تخضع للخجل العادى من كل ما له علاقة مباشرة

أوغير مباشرة بالتناسليات . فاعترضت على الاسم وقالت «لا. الافضل أن نعطى المحاضرة اسم فيسيولوجيا التناسل » وسأبين لحضراتكم مقدار تأثير مثل هذا الخجل على تقدم دراسة التناسليات وسأجتهد فى شرح الأسباب التى حملت العالم أجمع على الخضوع لمثل هـذا الخجل الـكاذب وابقت علم التناسليات مدفونا تحت اقدام عوامل الرجعية العلمية عدة قرون .

ان المسائل القانونية والزراعية والسياسية وغيرها تكون فى أكثر الاحوال مسائل محلية تخص بضعة افراد او تخص شعبا من الشعوب وقلما تتسع دائرتها حتى تحتك بشعوب كثيرة واذا حصـل ذلك فانه يكون لمدة قصيرة أو لزمن محدود . أما المسائل التناسلية فانها عبارة عن العلاقة الموجودة بين الجنسين البشريين العظيمين . أى بين الذكور والاناث . وهى علاقة قديمة جدا من نشأة الدنيا وستستمر على ممر العصور والأجيال فهى أهم المسائل وأعظمها وأحقها بالدراسة والبحث . وقد لا أكون مبالغاً اذا قلت لحضراتكم ان العلاقات التناسلية هى التى حركت وتحرك وستحرك العالم فى كل خطواته ولا أرى ما يمنعنى من أن أعلن أن السبب الاكبر فى الحرب العالمية العظمى الاخيرة كان العلاقات التناسلية . لأن الجميع يعترفون الآن بان السبب كان الرغبة فى السيطرة الاقتصادية . ولا يوجد مثل هذه الرغبة فى الشعوب المختلفة الا السعى وراء الاستمتاع التناسلى بطرقه المختلفة اذ لولاه لاكتفينا جميعا بلقمة وجرعة نطفىء بها ظمأ العطش . لأن الاكتفاء بالقليل والقناعة باليسير تكفيان لـكل عيشة هنيئة خالية من التناسليات ولـكن الحياة التناسلية هى التى تدفع للبذخ بجميع اطواره من تأنق فى ملبس وشكل خارجى الى حب الظهور والتفوق تارة على الاقران وطورا على غير الاقران ممن قد يكونون أعز جاها وأكثر مالا وأرفع مكانا وكل هذا يستدعى تفوقا اقتصاديا لا يدفع عشاقه الى احتكار الاسواق وينابيع البيترول فقط بل قد يدفعهم الى أكثر من ذلك .

ولست أرى فى تطاحن الشعوب فى الحرب الأخيرة الا صورة مكبرة جدا من تقاتل عشيقين يتنازعان عرش غرام فتاة هيفاء !

أما وقد رأينا حيوية المسائل التناسلية فماذا يا ترى وقف فى سبيل دراسة هذه المسائل عدة قرون ؟ تعلمون حضراتكم ان عصر دراسة التناسليات دراسة علمية حقيقية ابتدأ فى القرن التاسع عشر عند ما اتحفنا (كرافت ايبنيج Krafft-Ebing) بالمؤلف العظيم فى هذا العلم[1] ومن هذا اليوم تشجع العالم العلمى وقال ان التناسليات علم يدرس ، ويدرس بدون خجل أو حياء ، ويجب أن يدرس وقام كثيرون فى المانيا بالبحث والدرس وأسسوا لذلك جمعيات وانشأوا مجلات تنشر فيها هذه المواضيع التناسلية تفصيلياً بدون خجل أو حياء بل بشجاعة كبرى ورغبة متينة فى الوصول لعظيم اسرارها وحل معضلاتها وأعقبتها باقى البلاد المتمدينة فانتشر العلم وتقدم ورأى الطب ان خسارته فى ترك دراسة التناسليات كل هـذه القرون كانت خسارة فاحشة وتقهقره كان عظيما فنقم على من كان السبب فى هذا الحياء المخجل والخجل الكاذب ولسنا فى حاجة لتقـديم الادلة على ذلك اذ ان مجرد ذكر تجربة (براون سيكار Brown Sêquard)[2] التى عملها فى نفسه وكان عمره ٧٢ سنة اذ حقن نفسه بخلاصة مائية من خصية الحيوانات فشعر بنشاط وقوة الشباب الكافية لتبيين ما كسبه العلم . بل اننا اذا رجعنا أربعين عاما قبل هـذه التجربة لوجدنا ان الثورة العلمية الهائلة التى أوشكت أن تقلب الطب ظهرا على عقب وهى الثورة التى أحدثها اكتشاف قوة تأثير الافرازات الداخلية (Internal Secrebions)

---

(١) Psychopathia Sescualis von Krafft-Ebing ويمكن القارىء مراجعة مؤلف آخر Libids Sescualis

(٢) جلسة يونيو ١٨٩٩ فى جمعية علم الحياة بباريس Société de Biologie, Paris; juin 1899

يرجع تاريخها الى البروفسور بيرتولد[1] الذى قام بابحاث مختلفة عن Casttraion وتأثير باقى الغدد التناسلية الموجودة فى الجسم فى منع ظهور اعراض الجنس الآخر كالتضخم فى الثدى وسقوط الشعر ونعومة الصوت عند الرجال والعكس عند النساء الخ . ولو ان هذه الابحاث بقيت مختفية عن العيون الدولية زمنا طويلا . وما لنا بالزمن السابق فاننا اذا غضضنا الطرف عن ابحاث (ميتشنيكوف Metchnikoff) لا يمكننا ان نغض الطرف عن ابحاث (ستيناخ Steinach) وما آلت وما قد تؤول اليه فى العالم الطبى . فاذا لم تكن دراسة التناسليات قادتنـا الى اكتشاف قوة هائلة غير قوة الافرازات الداخلية لـكفى هذا لأن يسخط الطب على من وقفوا بينه و بين معرفة هذه القوة . ولـكن على من يقع اللوم ؟ وفى اعتقادى ان المسئول عن الوقوف فى طريق هذه الدراسة هم أولا رجال الدين الأقدمون — وقد يشاركهم من أعقبهم من زملائهـم — الذين كانوا يريدون التحكم دائما وبكل الطرق الممكنة فى شئون العباد . ولم يجدوا طريقة أحسن أو واسطة أقوى من التحكم فى تناسليات البشر . لانهم عرفوا بنظرهم الثاقب وعلمهم الواسع — وفى هذه الاوقات كانوا أوسع الناس علما وأكثرهم اطلاعا — ان التناسليات هى اقوى عامل يحرك الفرد والعائلة والجماعة . فبحثوا عن الوسيلة التى تمكنهم من هذا التسلط الغريب فلم يجدوا أفضل من التسـلط على مفاتيح جميع بواغيز محيط التناسل ومن ذلك انهم وضعوا قواعد مختلفة تتعلق ببلوغ سن المراهقة . والحيض عند النساء وعلاقته بحياة المرأة الزوجية والاجتماعية وطريقة أكلها وشربها وقربها و بعدها من زوجها ومن اقاربهـا وعشيرتها ولبسها وتبهرجها وخروجها من منزلها وبقائها فى عقر دارها . ووضعوا قواعد لطريقة عملية التناسل وطرق التقبيل والضم

---

(١) Gothinger Professor Berthold. وراجع أيضا مؤلفا ثمينا فى هـــذا الموضوع اسمه "Kohlerglanbe und Wissenschaft" von Carl Vogt.

ومواقعة البكر والثيب . وتداخلوا فى تعيين سن الزواج بطرق ما أبعدها عن مصلحة الزواج وحياة العائلة الصحية . بل ما أشنعها فى تكييف هيئة اجتماعية راقية . كانوا يلجأون تارة للعقيدة الدينية وطورا القواعد قانونية يملونها على رجال القانون فى بلادهم . وما أكثر رجال القانون الذين كانوا أحيانا من رجال الدين وأحيانا منفذين للشرائع الدينية المختلفة أى انهم كانوا خداما لرجال الدين فى جميع تصرفاتهم ولسنا فى حاجة لتنبيه حضراتكم للمؤلفات العديدة التى قرأناها فى هذا الباب لانكم لا بد وأن تكونوا طالعتم الكثير منها وانما أرى من واجبى أن ألفت نظركم الى مؤلف واحد منها على الاقل وهو (ملذات الهنود) [1] اذ انه مملوء بتفاصيل هذه القواعد ولا أرى مانعا كبيرا من ذكر بعض ما ورد فيه وما فى ذلك من اضاعة وقتكم الثمين : —

جاء فى صحيفة ١٢٥ من هذا الكتاب أن « من كان من عنصر يفهم الحب وكانت فتحة عيونه طويلة رقيق الطباع له قوام جميل سريع الحصول على لذة الجماع يسمى غزالا » . وترون حضراتكم امتيازات لمن يسمونه غزالا فى طرق مواقع النساء

وفى صحيفة ٢٨٣ تقرأون حضراتكم ما تعريبه « اذا نامت امرأة حائض مع زوجها فى سرير واحد فانها لا تتطهر الا اذا شربت الماء الذى يغسل به زوجها قدميه فى رابع يوم من جريمة هذا النوم وبعد ذلك تغتسل أى تستحم »

وفى نفس الصحيفة تقرأون « اذا كانت واحدة من البراهمة حائضاً وترى ولو بطريق الصدفة أختها أو أمها أو حماتها التى تكون حائضاً أيضاً أو اذا حيتها أو كلمتها فيجب عليها أن تصوم عن الاكل لمدة مخصوصة وبعد ذلك تتطهر بالاستحمام »

---

(١) Indischen Erotik von Richard Schmidt Berlin 1911

وتقرأون فى صحيفة ٤٨٣ « من لم يزوج ابنته عند بلوغها الثانية عشر من عمرها يحكم عليه بشرب افرازات حيضها شهراً بعد شهر » وعلى ذلك كانوا يزوجون بناتهم قبل وصول دور الحيض وفى هذا ما فيه مما تفهمونه حضراتكم ولا داعى لشرحه . وانما أستلفت نظركم الى نقطة واحدة وهى من الاهمية بمكان وهى أن هذه التعاليم القديمة قد ورثت خرافات تتحكم فى عقول البشر ليومنا هذا . اذ أن كثيرين يعتقدون لهذه الساعة أن دم الحيض سم قتال وقد سمعت احدى هذه الخرافات فى قضية فى محاكمنا الاهلية حيث ادعت امرأة (أن « ضرتها » وضعت كمية من دم حيضها لزوجها فى فنجال من القهوة لتسمه وفعلا مات بعد شرب الفنجال ! !) ولم تأت مثل هذه الافكار الا من اعتقاد الاقدمين أن دم الحيض خطر هائل والا لما هدد بشربه المتشرع كعقاب على جريمة كجريمة ابقاء الابنة بدون زواج . ولو فهم الأقدمون أن دم الحيض لا يختلف كثيراً عن الدم العادى (الذى كانوا يستعملونه فى الطب من زمن قريب كمقو للجسم لوجود الهيموجلوبين الا بوجود بعض الخلايا التى تفككت من سطح الرحم الداخلى مع بعض افرازات توكسينية بسيطة) لما كانوا يخشون هذا العقاب ولما أقدموا على تضحية بناتهم لأى زواج ولو غير لائق حتى يتخلصوا عن شرب مادة لا تؤذى أجسامهم الا فى أحوال نادرة

ويوجد قواعد عديدة يمنعنى ضيق المقام عن ذكرها تحرم مواقعة الحائض تحت عقوبات دينية وبدنية شديدة . ومن هذا تولد الاعتقاد الحالى بأن مواقعة الحائض تسبب أمراضاً مختلفة للمرأة والرجل مع أن حضراتكم تعلمون أن ذلك لا ينتج عنه الا بعض التهاب مهبلى أو رحمى بسيط — وأحياناً وكثيراً جداً خصوصاً اذا كانت المرأة والرجل سليمى الجسم لا تنتج أى التهاب قط — وفى حالة وجود أى مرض تناسلى مثلا كالسيلان عند أحدهما

يتعرض الطرف الآخر لأخذ العدوى بنسبة أكثر مما لو كانت المرأة غير حائض . ولكن كل هذا ليس معناه وجود أى خطر يذكر أو ذو قيمة أو أهمية تمنع مواقعة الحائض كما كانوا يعلمون

وتداخل رجال الدين كما قلت سابقاً لحضراتكم من أنظمة الزيارات والمقابلات ودخول المعابد حتى أنهم كانوا يحرمون دخول المعبد على الحائض الا اذا قضت سبعة أيام بعد التطهر طبقاً لشروط الطهر المختلفة فى تعاليمهم وكانوا يحرمون على من تلد حديثاً دخول المعبد بعد مضى ٦٠ الى ١٠٠ يوماً طبقاً للطقوس المختلفة وكانوا يحرمون الزيارة فى منازل الأشراف وفى منازل الأهالى وفى سرايات الملوك والأمراء الا بعد مضى مدد مختلفة على التطهر من الحيض والولادة وأحياناً من الجماع نفسه . ومن كل هذه الاستبدادات المختلفة ورث معاصرونا اعتقاداتهم الغريبة اذ أننى سمعت أنه توجد فى مصر وفى الشام وفى العراق بين المسلمات والمسيحيات من يتبعن هذه التعليمات فى زياراتهن للعائلات والمعابد لهذه اللحظة مع أننا نعلم أنه توجد ١٠ فى المائة على الأقل من السائرات فى الطرق والموجودات فى محال الرقص والملاهى وفى زيارات أصحابهن وأقاربهن من يلبسن خرقاً صحية (Servierres Hygieniques)

هذه بعض تعاليم الأقدمين ومنها تفهمون حضراتكم السر العظيم الذى وقف فى سبيل شرح التناسليات التى كانوا يدمجونها فى القواعد الدينية حتى يحرموا على أى شخص — حتى رجال الطب — أن يطرق أبوابها وانتقلت هذه العدوى لجميع الطبقات فصارت الأم لا تجرأ على تفهيم ابنتها واجباتها التناسلية مع انها تعلم علم اليقين ان هذه الفتاة وصلت لسنها التناسلية وقد تتعرض لأخطار الفساد الأدبى والجسمى وهكذا فعل الوالد مع ابنه والأستاذ مع تلميذه وصرنا نحن الاطباء ندرس الجراحة والأمراض الباطنية والجلدية وغيرها من أمراض الحواس الخمس ولكننا تحاشينا دراسة التناسليات خوفاً من

أن يقال عنا أننا ندرس أشياء تحط من كرامتنا الأدبية أو لا يليق بالطبيب الذى يؤتمن على أعراض العائلات والشابات والشبان أن يبحث فى مواضيع الجماع وما أشبهها لأنها مشينة به !! كما أنها تشين علماء الاجتماع الذين كانوا يرون الخطأ كل الخطأ فى تنوير أذهان الاحداث والشبان والشابات عن كل ما له علاقة بحياتهم التناسلية حتى قامت تعاليم الفيلسوف « كانت Kant » وهدمت كل ما معناه الخجل من ذكر الحقائق الواقعة الملموسة فتطورت العقول وتقلبت النظريات واستحدث البشر كل جديد منها فصرنا نسمع المحاضرات ونقرأ الكتب أدبية ونصف علمية للجمهور عن الامراض التناسلية والعادات السرية . ولم تقف الثورة الفكرية عند حد القيام ضد بدعة تسلط رجال الدين على ما هو ليس من اختصاص الدين بل انها تعدت الجمهور الى بعض رجال الدين أنفسهم الذين فهموا أن حياة نظرياتهم وهيآنهم تتوقف على التدرج الطبيعى مع تقدم أفكار البشر فمنحوا الناس حرية التفكير الاجتماعى والعلمى وانقضت الازمان التى يحاكم فيها أمثال « جاليليو Galileo » على تصوراتهم العلمية وارتاح الدين ورجاله من مصادمة كل جديد فى العلم لتدخلهم الفاسد فى العلوم . وصارت حياة البشر الدينية خاصة بضمائرهم أمام الخالق وحده وما عدا ذلك فهو خاضع للعلوم الحديثة وتطوراتها

ولا تقف رغبة رجال الطب فى هذه الدراسة عند مجرد شعورهم بالتحرر من القيود القديمة فقط ولا عند توقعهم تقدماً عظيما فى فن الطب بهذه المدرسة بل ان الطب شعر بحاجة شديدة لتنبيه أذهان كل أفراده — حتى من لم يفرغوا للتناسليات — فى تأثير التناسليات على الامراض العادية الاخرى حتى لا يتركوا عاملا قوياً فى حالة مرضاهم « وقد يكون العامل الوحيد الذى تسبب عنه المرض » بدون علاج . وهنا اسمحوا لى أن أوجه نظركم لبعض الامثال . فكثيراً ما يذهب مريض لاستشارة أطباء الامراض الباطنية فى

حالة اضطراب فى الهضم وضياع الشهية للطعام فيعطيه هـذا علاجاً للمعدة والآخر ينظف الأمعاء وغيره مقوياً للدم وتنقضى شهور عديدة وحالة المريض تسوء وتتقهقر ولا يكسب من مهنتنا الا « دوسيها كبيراً من تذاكر الاطباء وأجزخانة صغيرة فى داره » وفى الحقيقة ونفس الأمر ان هو الا ضحيـة الاطباء الذين يفسدون المعدة والامعاء بعقاقيرهم التى يعطونها لمريضهم وهم فى جهل تام بحالتـه التى قد تكون نتيجة طبيعية لشعور فجائى بضعف فى قواه التناسلية أو لحالة نفسية تناسلية أو نتيجة متأخرة لاستعمال بعض العادات السرية ولـكن عذر الاطباء هو أنه لا يوجد بينهم من يجد جرأة أدبية ليسأل مريضاً يشكو من اضطراب فى الهضم عن حياته التناسلية . . . دعانى طبيب باطنى كبير بالعاصمة لفحص مريض عنده يشكو من « أرق Insomnia » وفهمت منه أن هذا المريض استشار كثيراً من الاطباء وأعطى جميع العلاجات من بروميد البوتاسا الى پارالديهيد الى ڤيرونال الى أفيون الى مورفين وأعطى حمامات ساخنة وباردة وكهربائية وعولجت المعدة والامعاء وفحصوا دمه بعملية فازرمان وأصلحوا عيونه بنظارات مضبوطة وكلفوه بالسياحة فزار سويسرا والنمسا والشام ونصحوه بالمطالعة فى فراشـه حتى يجهد جسمه فينام ولجأ هو بنفسه مراراً للخمور فلم يفلح ولم يفلح الاطباء فتطرق لذهنى أننى عالجت حالتين كهذه وكان السبب فى الأرق مسائل تناسلية فابتسمت للاستاذ الباطنى وقلت له , هل تعالجون المرضى الآن بنظرية علاج السبب أو علاج الاعراض (Traitement symptomatique) وسألت المريض بعض أسئلة فهمت منها أنه مصاب بنوراستينيا تناسلية نفسية عصبية Psycho-neurotic sexual neurasthenia ورفض اجابتى عن بعض الاسئلة شفوياً وقال لى سأكتب لك خطاباً يا دكتور أشرح لك فيـه حالتى ووصلنى خطابه وكان السبب تناسلياً وعالجته فى مدة شهرين وشفى تماماً اذ ينام الآن براحة تامة وبدون أى واسطة صناعية .

لا داعى للاطناب فى شرح الاسباب التى تحمل الاطباء على الاهتمام بالتناسليات اذ لا ينكر أحد الآن تأثير العادات النسوية المختلفة على صحة البلاد العامة وما تنتجه من اضعاف القوى البدنية والعقلية عند عدد لا يستهان به من تلاميذ المدارس ومن فى سنهم من الاوساط الاخرى . فاذا جاز الاهتمام بدراسة تأثير الامراض المختلفة كالانكيلوستوما على نمو الجسم وقوة وضعف عقلية المرضى بها فليس أقل من أن يهتم رجال الطب بدراسة تأثير التناسليات فى حياة البشر . وهذا ما دعانى لان ألقى على مسامعكم موضوع اليوم . ولى الشرف الاكبر بأن أفتتح دراسة التناسليات دراسة علمية منظمة فى بلادنا وسأبدأ بوصف لذة الجماع الكبرى وما يؤثر عليها من حالات مختلفة : —

لا يوجد فى الجسم ميكانيزم أعظم أو أدق من الميكانيزم التناسلى الذى يبدأ بالاعضاء التناسلية وما تحويه من دقة هائلة فى تركيبها ويتصل بمحطات كثيرة منتشرة فى المخ « Cerebrum » والمخيخ « cerebillum » والميدلا « Medulla » و « Sympathetic System » بشبكة مترامية الاطراف من الاعضاء خاضعاً للتأثيرات النفسية لانه يتصل بالمراكز العليا النفسية « Higher Psychical Centres » وفى نفس الوقت تجده مرتبطاً ارتباطاً كلياً وجزئياً بالافرازات الداخلية « Internal Secrenons » ويقوم هذا الميكانيزم بعملية الجماع ومن هذا تفهمون حضراتكم السر فى أن لذة الجماع هى أكبر لذة يتمتع بها الجسم ولفهمها جيداً لا أبالغ اذا قلت أنه يجب دراسة بيولوجيا وفسيولوجياوباثولوجيا التناسل « Sexual Biology & Spathology » تفصيلياً مع اتقان دراسة الامراض التناسلية والبولية «Venereal & Urinary diseasis» وزد على ذلك الاهتمام الواجب بدراسة نفسية الانسان . ولكننا نكتفى الآن باجمال النقط الرئيسية الواجب على الاطباء عموماً معرفتها : —

يتركب (الجماع) من أربعة أدوار

(١) الدور التحضيرى	Preparatory stage
(٢) دور الانتصاب[١]	Eretecion stage
(٣) دور الانزال	Ejaculation stage
(٤) دور الخمول	Exhaustion stage

(الدور التحضيرى)

(١) فالدور التحضيرى يبتدئ من اللحظة التى يفكر فيها الشخص فى أنه بعد قليل من الوقت سيجامع الى اللحظة التى يحصل فيها الانتصاب الكلى اللازم للادخال « اذ تحصل انتصابات جزئية معتدلة أحياناً فى هـذا الدور » والزمن الذى يستغرقه هذا الدور يكون طويلا أو قصيراً تبعاً لظروف عديدة أهمها أنواع المدنية المختلفة وعقلية الذكر والأنثى وقد لوحظ أنه كلما تقدمت مدنيـة أى شعب كلما طال زمن الدور التحضيرى للجماع وكلما انحطت مدنية أى شعب كلما كان هذا الزمن قصيراً . فمثـلا ترى الشاب الباريزى يستغرق عنده هذا الدور من ساعة الى ست أو ثمان ساعات أحياناً . فاذا ما قابل امرأة فى مطعم أو قهوة جالسها وفاوضها فى زيارة قصيرة وبمجرد قبولها يبتدئ عنده هذا الدور فيجلسان ساعة أو بعضها ويختليان فى لوكاندة مثلا ويتممان الجماع وأحياناً يعزم على الخروج لمقابلة خليلته فى الساعة الثالثة بعد الظهر فيبتدئ يتأنق ويتزين ويتعطر ويخرج من غرفتـه لاعباً بعصاته معجباً بنفسه ناظراً « لمنديله » وللوردة الـكبيرة التى رصع بها « الجاكتة » فيقابل خليلته فى الساعة الرابعة ويجامعها فى الساعة الحادية عشرة وما كل هذا الوقت الذى مضى

---

(١) يشمل دور الانتصاب عملية الادخال « Penetration » وهذا هو ما يميز الجماع عن الوصول للذات التناسلية بطرق العادات السرية المختلفة التى ليس فيها بطبيعة الحال عملية الادخال

الا دور التحضير وله تأثير على الصحة العمومية سنشرحه بعدئذ . وأما فى البلاد المتوحشة فزمن دور التحضير قصير جداً وأحياناً لا يستغرق أكثر من دقيقتين اذ يطلب الرجل من المرأة مجامعتها وان هى الا لحظة حتى يكونا فى ذراعى بعضهما . « وسيأتى الكلام عن مدة هذا الدور التحضيرى عند المتزوجين لما نتكلم عن عقلية الذكر والأنثى » . وللمدنية تأثير هائل على تكوين الدور التحضيرى حتى أننا لا نكون مبالغين اذا قلنا أنها قد تطيله حتى تجعله يستغرق شهراً أو شهرين فالشاب الذى يتعشق ممثلة ممن يلعبن بمهارة بعقول الشبان يصل مثلا الى الحصول على شرف المثول أمامها فى غرفتها و بعد أحاديث يطول شرحها تظهر له بعينيها أن غرامه ابتدأ يجد طريقاً لقلبها فيخفق قلب المغفل المسكين وأخيراً تعطيه يدها ليقبلها فتدفعه حواسه التناسلية — التى يكون ابتدأ فيها الدور التحضيرى الى أن يحتضن هذه الأفعى الجميلة فتترك له جسمها لتشعل فيه نيران غرامه بها فيقبله وان هى الا لحظة حتى تسحب نفسها من ذراعيه بلطف فنى وتعتذر اليه وتريه طريق باب غرفتها ! فيخرج وقد ابتدأ عنده الدور التحضيرى وقد لا يصل للجماع بتمامه الا بعد مغازلة مؤلمة لمدة شهرين وقد يبتدئ الدور التحضيرى بوصول اشارة برقية فيها «Rendezvous» أو بمطالعة « كارت بوستال » فيه « Je taime » أو « Darling » أو حبيبى . . . الخ . مع ما فى هذه الالفاظ من اخلاص تام من مرسلها أحياناً . أو بوجود صورة لها معان شهوانية على هذه «الكارتات» أو لاستلفات النظر لمنظر مخصوص فى محال السينما أو فى المراسح خصوصاً ما كان منها من نوع « Apollo Theatres » أو « Soirée Noire » ولا داعى لذكر تأثير المراقص العمومية اذ يكفى أن نعيد وصف أحد العلماء لهذه المراقص حيث قال « ان تذاكر الدخول لهذه المراقص معناها تذكرة دخول السرير مع الفتيات العاملات أو النساء المتهتكات » الى غير ذلك من أنواع

المدنية الأخرى حيث يبتدىء دور التحضير فى الشوارع أو المتنزهات العمومية أو الاحتفالات الشخصية أو العربات أو السيارات الخ ولا ينتهى الا حيث لا يعلم الا خالق التناسليات

عقلية الذكر والأنثى : من البديهى أننا لا نقصد بالعقلية هنا عقلية « Mentality » مجردة بل نقصد العقلية النفسية « Psycho Mentality » ونخص بالذكر قسماً محصوراً منها وهو قسم العقلية النفسية التناسلية « Sixual-Psycho-Mentality » وهذه تختلف عند الافراد اختلافاً بيناً يتوقف على نوع المدنية وطريقة التربية الجسمية والعقلية ويتوقف على الوسط الذى يترعرع فيه الشباب وينمو . ويتوقف على المقام الاجتماعى للانسان كأن يكون أعزباً أو متزوجاً الخ . ولا ننسى أن نذكر ما للطقس من التأثير فى تكوين هذه العقلية التناسلية حيث تكون حادة شهوانية فى البلاد الحارة أكثر منها فى المناطق الباردة . ومن ملاحظة تلك العوامل السابقة الذكر تفهمون حضراتكم أن لا وجه لاستغراب طول وقصر دور التحضير . فالشاب الذى تشبعت رأسه بفكرة الجماع يبتدىء عنده هذا الدور من أول لحظة يبتدىء فيها بمغازلة فتاة قد تكون خالية الذهن عما يضمر لها هذا الشاب فاذا ما انتهت هذه المغازلة بنجاح فكرته فيكون دور التحضير عنده طويلا كما أنه قصير جداً عند الفتاة التى لم تفكر مثله فى أغراضه منها . ولوحظ أن أصحاب الاعمال المهمة أو المشاغل الفنية أو العقلية يكون عندهم هذا الدور قصيراً بالنسبة لغيرهم لانشغال كل قواهم المفكرة وحواسهم فى أعمالهم . وهم فى ذلك لا يختلفون عن العاهرات اذ أن العاهر لا يتعدى هذا الدور عندها اكثر من نصف أو ربع دقيقة لانها لا تتخذ الجماع للاستمتاع باللذة التى تنتج عنه بل انها تعتبره عملها الذى تقتات منه . فهى بالنسبة له كأرباب المهنة بالنسبة لمهنتهم . وقلما تجد عاهراً تشعر بلذة الجماع . وبما أن دور التحضير هو جزء من أجزاء

الجماع المهمة وسر وجوده هو شعور داخلى بلذة انتظار لذة الجماع الكبرى فبديهى اعتباره قصيراً جداً عند من لا تشعر بلذة من الجماع . ولوحظ أن دور التحضير يكون قصيراً عند الشبان الذين لم يختلطوا كثيراً بالحياة النسائية بأدوارها المختلفة عنه عند الشبان الذين رموا أنفسهم فى أحضان الملذات الشهوانية . وذلك ناتج عن مقدار الحياء والخجل الطبيعى الباقى عند هؤلاء الشبان فيقف هذا الحياء مانعاً « Inhibitory » فى عقليتهم يمنع تكوين فكرة الجماع التى تطرق لعقلية الطبقة الأخرى بمنتهى السرعة عند ملاحظة أى بارقة أمل فى الوصول لهذه اللذة مع ما قد يصيب هذا الأمل من الرفض عند القيام بالتجربة . . . أما هذا الدور عند المتزوجين فيختلف باختلاف أدوار الحياة الزوجية من ابتدائها الى توسطها الى قدم العهد عليها . ويختلف باختلاف نوع الزواج فمن زواج غرامى ومن زواج اجتماعى ومن زواج مادى ومن اجبارى ومن زواج تقليدى ومن . . . ومن . . . من أنواع الزواج المختلفة . وكنت أحب أن أشرح لحضراتكم حقيقة هذا الدور تفصيلياً الا أن المقام يضيق الآن عن ذلك . ونكتفى بأن نذكر أن هذا الدور يكون مستمراً أحياناً فى أوائل الزواج ومعنى مستمر هو أن المدة التى يسميها رجال الاجتماع (شهر العسل) نسميها نحن رجال التناسليات دوراً تحضيرياً مستمراً تتخلله عدة عمليات للجماع بأدوارها الثلاثة الأخرى اللهم الا اذا انتشرت علوم التناسليات وسط الاطباء فى المستقبل فينبهون أفراد العائلات التى يعالجونها لما قد يعقب انتشار الفكرة العسليـة « Honey Idea » وسط الشبان بوجود الخرافة التى يسمونها شهر العسل من قديم الزمان . اذ لا يخفى الضرر الهائل الذى ينتج عن الاستمرار فى الاستمتاع بهذه اللذة على التوالى . واذكر أن لى صديقاً تزوج وكلما ناديته بالتليفون أخبرتنى خادمة بمنزله « لسه فى السرير يا دكتور » واذكر أننى عالجت هذا الشاب بعدئذ لمدة أربعـة شهور من ضعف تناسلى

جزئى « Partial Impotence » أصابه فى ثالث شهر بعد شهر العسل . و بعد فوات أدوار الزواج الأولى يتناقص الدور التحضيرى شيئاً فشيئاً اللهم الا فى بعض الحالات حيث تتغير هـذه القاعدة تغيرات غير منتظمة وغير خاضعة لقواعد ثابتة وهى حالات تدرس بسكولوجياً بمفردها . اذ أنها تتأثر بمؤثرات شخصية . وقبل أن نختتم هذه النقطة أوجه نظر حضراتكم الى مسألة تناسلية مهمة وهى أنه توجـد شواذ لقاعدة طول مدة الدور التحضيرى فى أوائل الزواج اذ لوحظت بعض الحالات التى يكون فيها الجماع حتى فى أوائل الزواج غير مصحوب بأى لذة وهذا طبعاً يتوقف على نوع الزواج كما قدمنا . وتوجد درجات تدريجيـة بين هاتين وهكذا . وان شاء الله تسمح لى فرصة أخرى أفرد لباب الزواج فيها محاضرة خاصة

تأثير الدور التحضيرى على الصحة وعلى نوع الجماع : —

تعلمون حضراتكم أن الافرازات الداخلية « Internal Secretions » لها تأثير عظيم على تنبيه شهيـة التناسليات « Sexual Appetite » وليس أدل على ذلك من مراجعة جميع المباحث العلمية الحديثة

ولـكن المباحث التى قام بها معهد العلوم التناسلية ببرلين(١) بينت أنه كما للافرازات الداخلية تأثير على الجهاز العصبى عموماً والجهاز التناسلى خصوصاً فانه يوجـد تأثير للمراكز النفسية العليا « Higher Psychical Centres » على مقدار الافرازات الداخلية ويمكن التعبير عن هذين التأثيرين بالنظرية الآتية : —

(Symbiotic relation between Higher-Psychical-influence and Internal-Sicretion-Influence on Sexual Activity)

أى « التعاون المتبادل بين المراكز النفسية العليا والافرازات الداخلية فى التأثير على النشاط التناسلى »

وتظهر قيمة هـذا التعاون بدراسة الدور التحضيرى الطويل . فعند ما يفكر الشاب الباريزى السابق الذكر فى الجماع فهو يفكر لأن المراكز النفسية العليا تنبهت بواسطة الحواس الخمس أو بعضها لذلك . وبعد ان تنبهت المراكز النفسية العليا تبتدئ هذه الفكرة تكبر ويزيد تمركزها « Augmentation of Psychological Centralisation » وكلما زاد هذا التمركز تبتدئ المراكز العليـا ترسل الاشارات « Impulses » لبـاقى الجسم فتؤثر على غدد الجسم المختصة فتزيد الافرازات الداخليـة شيئاً فشيئاً فاذا ما انقضى الزمن اللازم ليبتدئ الضعف المتقطع فى تأثير المراكز النفسية « Interrupted weakness Psychological Inpluenc » فهنا تكون الافرازات الداخلية ازدادت لدرجة تساعدها على تنبيه هذه المراكز ثانية . وتحل هذه فى قوتها محل الافرازات الداخلية فى تنبيه الشهية التناسلية وهكذا . ومن ذلك قد تحصل انتصابات جزئيـة عديدة لا تنتهى بالانزال (فى حالة الاصحاء) لعدم وجود الادخال — الايلاج — « Penctration » ولـكنها تكون مصحوبة غالباً بافرازات الغدد الموجودة على سطح مجرى البول ولـكن هذه الافرازات تختلف تماماً عن المنى نفسه كما تعلمون حضراتكم . ولـكن اختلافها عن المنى لا يمنع من أنها افرازات حيوية من غدة حيوية يجهدها جداً طول دور التحضير للجماع . ولو وقف ضرر الدور التحضيرى على اجهاد هذه الغدد لهان الأمر الا أنكم فهمتم أن الافرازات الداخلية تزداد داخل الجسم وكثرة هذه الافرازات تؤذى الصحة العامة من ثلاثة أوجه (أولا) لأن الغدد التى تفرزها بكثرة يجهدها هذا الافراز (ثانياً) لأن وجود هذه الافرازات بكثرة ينبه الجهاز العصبى وخصوصاً الجهاز العصبى التناسلى تنبيهاً شديداً لا يتفق مع التوازن

العصبى العمومى « General Nervous Equilibrium » (ثالثاً) أن وجود الافرازات الداخلية داخل الجسم بكثرة يسمم خلايا « Bio-toxic Effect of the Internal Secretions on the cells of the body » وأهم تأثير لهـذه السموم يقع حمله على الخلايا العصبية والخلايا الدهنية « Nervous and fatty cells » ومن هذا تفهمون حضراتكم انتشار الضعف العصبى ونحافة الجسم بين الأمم التى أخذ منها البذخ المدنى كل مأخذ واننى أؤكد لكم أن الأمم التى نالت قسطاً وافراً من البذخ كانت تندهور صحتها العامة بسرعة لولا اهتمامها المستمر بتقوية أبدان أبنائها بالطرق المختلفة وأهمها الخدمة العسكرية الاجبارية أو الالعاب الرياضية المتنوعة . ولكن ما بالكم بشبيبتنا المصرية التى ابتدأت تقلد المتمدينين تقليداً أعمى فى جميع عيوب المدنية ومنها الافراط التناسلى وهى لا تنال من طرق تقوية الصحة العمومية أى قسط فلا الالعاب الرياضية تذكر عندنا والخدمة الاجبارية نحاشاها ولله الحمد بالمدارس العالية وبوريقة الديبلوم أو بعشرين دينار . . . ! ولذا فاننى لا أجد مشقة ولا أخشى انتقاداً اذا قلت أن معدل الصحة العامة سيضمحل عندنا وسط الشبيبة المتعلمة حتى يصل الى أحط درجاته الخطرة فى مدة لا تزيد على عشرين عاماً . أما وقد بينت لحضراتكم تأثير دور التحضير على الصحة اجمالياً فأرى أن أجمل لكم أيضاً تأثيره على الجماع نفسه : —

نقصد بتأثيره على الجماع نفسه تأثير الدور التحضيرى على الثلاثة أدوار الأخرى وأهمها دور الانتصاب وما يشمل من الادخال . أن فسيولوجيا التناسل تعلمنا أنه لحصول انتصاب تام يجب أن تتوفر الشروط الآتية :

(١) أن تكون الأجزاء التشريحية للجهاز التناسلى وما يتعلق به من ارتباطات بباقى الجسم سليمة وفى حالة طبيعية (أى لا تكون بها عيوب وراثية Congenital Sexual Defects)

(٢) أن يكون الجهاز العصبى كله فى حالة سليمة خصوصاً الاجزاء التى لها ارتباط تام بالجهاز التناسلى

(٣) أن تكون الافرازات الداخلية فى حالة عادية « Normal »

(٤) أن تكون الحالة النفسية للشخص مستعدة للجماع بشروطه العادية « Normal » • والا فان كانت الحالة النفسية « Psychological Condition » ليست مستعدة بالشروط العادية فلحصول الانتصاب التام يجب أن تتوفر فى الشخص الآخر الذى يجامعه الشروط التى تتطلبها النفسية الأولى • وسنبين هذا عند الكلام عن الحالات النفسية التناسلية الشاذة

ولدراسة تأثير الدور التحضيرى على الانتصاب نرى أن الشرط الأول للانتصاب ان يكون عادة متوفراً • أما الشرط الثانى فمع توفره تشريحياً الا أنه يكون متأثراً باثولوجياً لأن الجهاز العصبى السليم يصبح متهيجاً بوجود الافرازات الداخلية الكثيرة كما قلنا سابقاً . وهذا يجعل الانتصاب شديداً وبطبيعة الحال نفهم فسيولوجياً أن الادخال سيكون تاماً ولكن استمرار الانتصاب سيكون أقل منه فى الحالات التى لم يسبقها دور تحضيرى طويل• ونفهم ذلك جيداً اذا راجعنا النظرية الفسيولوجية التى تقول « بتقسيم العمل فى النشاط العصبى »

« Division of Labour fn Nervous Activity » فاذا ما أجهد الاعصاب فى الانتصاب فانها تضعف فى المحافظة على بقاء هذا الانتصاب للزمن العادى

وأما عن الشرط الثالث فما قيل فى الشرط الثانى يقال بعينه فى الثالث

وأما الشرط الرابع فيمكننا أن نقول أن التنبيه النفسانى الذى يصيب الشخص باستمرار خصوصاً عند نجاحه فى أمل الوصول للجماع نفسه يعوض

عليه بعض ما خسر من الكفاءة فى المحافظة على الاستمرار فى الانتصاب .
فيكون والحالة هذه معضداً فى ارجاع عملية الجماع لموقفها الطبيعى بقدر الامكان (اللهم الا اذا كان سبق ذلك أدوار متعددة من اليأس فى الوصول لتتميم عملية الجماع) . وهنا أستميحكم عذراً عن الاطالة قليلا فى باب الدور التحضيرى للجماع لما لذلك الدور من الأهمية العظمى خصوصاً فى عصرنا هذا الذى انتشرت فيه المدنية بأنواعها وعمت قطرنا حتى كدنا نقول أننا بقعة من أوروبا الا أننى أعتذر لكم عن تقصيرى فى الاطالة الفنية الكافية فى مثل هذا الموضوع الهام لضيق المقام والآن أتكلم لحضراتكم عن الدور الثانى للجماع (يتبع)

الاحصائيات الصحية

بعض مشاهدات عند دراسة احصائيات جملة سنين

للدكتور عبد الواحد الوكيل

مساعد مفتش الأوبئة بصحة بلدية اسكندرية

أصبحت الاحصائيات الصحية فى العهد الحديث من أهم أعمال مصالح الصحة العامة فى جميع الاقطار المتمدينة . وقد أعطى لسجلاتها وخرطها من العناية ما نرى آثاره فى تلك التقارير الشاملة التى يتحفنا بها البريد وخصوصاً من أوروبا . وأمريكا . فكل حدث أو رأى يدلى به أصحاب تلك التقارير مدعم بالجداول والخطوط البيانية والسهام والأرقام مما يجعلها أقرب للفهم وأجلب للنظر

والغرض من الاحصائيات الصحية هو ما معرفة ما يتداول مجموعات البشر من الحياة والموت والمرض وتحليل كل ذلك وتنسيقه وارجاعه الى وحدة متفق عليها تصح بها المفاضلة بين الممالك أو المدن أو بين سنة وأخرى . والوصول الى معرفة مواعيد انتشار الأوبئة وادراك وطأتها . وما ينتج بعد كل ذلك من القيام بالاحتياطات فى حينها واقتصاد الوقت والمال والتعب

ولقد أدرك كنه الاحصائيات من الأمم القديمة المصريون والاغريق والرومان ولكن بصفة جزئية الا أنه فى الخمسين سنة الأخيرة أوليت عناية قصوى لهذا الغرض وأصبح الاحصاء الصحى ركناً ركيناً فى كل مصلحة صحية منتظمة

أما الوحدة التى ترجع اليها الاحصائيات فهى (عدد السكان) وهو الاساس الاكبر الذى تبنى عليه

وهذه هى أهم النسب الاحصائية التى جعل أساسها :

(١) نسبة المواليد أحياء

(٢) نسبة الوفيات

(٣) نسبة انتشار الامراض

(٤) نسبة الوفيات من الامراض

فتؤخذ الى كل الف من السكان فى السنة . أى اذا كان عدد المواليد فى سنة ١٦٠ مثلا فى جهة سكانها ٤٠٠٠ يقال أن نسبة مواليدها ٤٠ ٠/٠ فى الالف واذا كانت الوفيات ١٢٠ تكون نسبة الوفيات ٣٠ ٠/٠ فى الالف وهكذا

ويلى عدد السكان فى الاهمية (عدد المواليد) فاليه تنسب النسب الآتية : —

(٥) نسبة وفيات الاطفال (من . الى أقل من سنة من العمر)

فتؤخذ الى كل الف مولود

(٦) نسبة المواليد أموات

فتؤخذ الى كل مائة مولود

هذه النسب الستة هى أهم ما يجب أن يعنى به كل طبيب صحى فيصفها بشكل خطوط بيانية ويقارنها بالسنين أو الشهور أو بالاسابيع الماضية وأن يوجدها دائماً أمامه لتكون كالبرومتر يشير ارتفاعه وانخفاضه الى حالة طبقات الجو و يبشر باعتدالها أو ينذر بالعواصف والزوابع قبل حدوثها و بحالتها عند وقوعها . وترسم هذه النسب اما على شكل خط بيانى واحد مثل خط درجات الحرارة التى ترسم للمرضى أو على شكل أعمدة متجاورة ويمكن التفنن فى رسمها بأشكال وألوان جذابة

والاحصائيات معرضة للخطأ اذا لم يعتن بجمع أرقامها الاصلية وخصوصاً عدد السكان

فالبلاد الآن فى مصر تحصى كل عشر سنوات وآخر احصاء للقطر كان فى سنة ١٩١٧ والآتى سيكون فى سنة ١٩٢٧ ففى هذه العشر سنوات يزداد عدد السكان و يتغير كل عام بل كل دقيقة بجملة عوامل تجب مراعاتها فى وضع التعداد لكل سنة تقريبياً

والتعداد التقريبى هو تعداد نسبى يحسب بمقارنة ازدياد السكان أو نقصهم فى جملة سنين سابقة اما بالطريقة الحسابية أو اللوغاريتمية المعروفتين ويوضع عادة لاول يوليو من كل سنة أى لمنتصفها

أما العوامل التى تؤثر على عدد السكان فجمة منها كثرة المواليد على الوفيات وتسمى (الزيادة الطبيعية) . والركاب الداخلون الى القطر من الخارج وارتحال بعض الفئات من جهة الى أخرى داخل القطر بقصد العيش والتكسب . ولما كان احصاء كل ذلك على وجه من الدقة أمر غير مستطاع فنرى أن التعداد

المحسوب عدد تقريبى وبالتالى فان كل ما يبنى عليه من النسب لا يطابق عين الحقيقة . ولكن تكرار الخطأ بشكل واحد فى التسع سنوات التى بين الاحصاءين العموميين وكون أى خطأ يكون قد وقع يصلح سنة الاحصاء يجعلان النسب التى تعلن الآن مقبولة كأقرب ما يدل على الحالة الصحية

أما الارقام الاصلية الاخرى فالمواليد والوفيات خصوصاً فى المدن يبلغ عنها بطريقة وافية بالمرام

ولكن الاحصائيات عن الامراض الوبائية معرضة لخلل كبير نظراً لتستر الاهالى الجهال وتستر بعض الاطباء . وهذه عوامل تحسن مع انتشار التعليم ووجود مستشفيات وافية وتحسن أيضاً بمجهود رجال الصحة فى تفتيش الجهات الملوثة والمشتبهة ونشاط قلم المخالفات الصحية

وتوضع نسب المواليد والوفيات ووفيات الاطفال والمواليد أمواتاً أسبوعياً عادة . أما الامراض الوبائيـة فيكتفى بمقارنة أعدادها بدون عمل نسبتها الى السكان الا فى نهاية العام أو عند الحاجة للمقارنة الدقيقة

ويراعى عند اخراج النسب الاسبوعيـة ضرب العدد فى ٥٢ أى عدد أسابيع السنة حتى تكون المقارنة لائقة وكذلك فى الشهور يضرب فى ١٢ وفى الايام يضرب فى ٣٦٠

وغير النسب الهامة التى ذكرت يلزم أن تحلل الوفيات الى الاسنان المختلفة وتقسم عادة الى :

من صفر الى أقل من سنة

من ١ — ١٠

من ١٠ — ٥٠

من ٥٠ — ما فوق

وبهذه الطريقة يمكن معرفة السبب الذى يسبب كثرة الوفيـات فى أى

وقت والبحث فى منشأ هذه الكثرة

هذا باختصار أهم الاحصائيات الصحية الواجب الانتباه اليها وهى كما ترى تستوجب وجود سجلات للمواليد والوفيات وللأمراض ووفيات الاطفال يعتنى بالقيد فيها كما تستوجب وجود سجل شامل كسجل الاستاذ تفسره خرائط مستوفاة

ولما قد كان لى قسط من العمل فى احصائيات صحة الاسكندرية فى السنين الاخيرة و بعضها لست عشرة سنة فقد عنت لى جملة ملحوظات على حالة هذه المدينة المزدحمة بسكان مختلفى الالوان والمشارب مما أرى أنه يليق ابداؤه لحضرات الزملاء

(١) المواليد :

تبتدئ المواليد بالارتفاع بشكل واضح غريب كل سنة فى شهر (نوفمبر) وتظل عالية فى شهور (ديسمبر ويناير وفبراير) ثم تنخفض رويداً فى (مارس)

١٩١٩ — ١٩٢٣	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس
متوسط ٤ سنوات ٣: ٤. ٪	٪ . ٤٥	٪ . ٥٣	٪ . ٥٩	٪ . ٥٧	٪ . ٥٢

وفى ازدياد المواليد فى هذه الشهور الاربعة أى من نوفمبر لفبراير أمر يدعو للامعان فانا اذا حسبنا أن الطفل المولود فى (نوفمبر) حملت أمه فيه قبل ذلك بتسعة شهور أى فى (يناير) وجدنا أن كثرة المواليد فى المدة الآنفة الذكر تشير الى كثرة الحمل فى شهور (يناير فبراير مارس ابريل) من كل سنة . فلماذا يكثر الحمل فى هذه الشهور ؟

(١) ان الشهور من يناير الى ابريل هى من الشهور الباردة حيث يأوى المتزوجون الى فراشهم مبكراً فى الليل

(٢) ان المشاهد هو أن الزواج يكثر فى هذه الشهور

(٢) الوفيات :

تبتدئ الوفيات فى الكثرة (الطبيعية) فى شهر ابريل وتظل عالية فى أربعة شهور (مايو يونيو يوليو أغسطس) حتى انها لتعلو عن المواليد بفرق واضح فى تلك الشهور

١٩١٩—٢٢	يناير	ابريل	مايو	يونيو	يوليو	اغسطس	سبتمبر	ديسمبر
متوسط اربع سنوات ٠.٣٣ ٪	٠.٢٤ ٪	٠.٣٢ ٪	٠.٣٧ ٪	٠.٣٨ ٪	٠.٣٩ ٪	٠.٣٦ ٪	٠.٣٢ ٪	٠.٢١ ٪

وأكبر أسباب ارتفاعها (وفيات الاطفال) الذين تحصدهم المنية حصداً من يوم ولادتهم الى سنتهم الخامسة فى فصل الصيف فصل النزلات المعوية وأترابها

وتكثر الوفيات بشكل (غير طبيعى) عند وجود وباء قتال مثل الانفلونزا الماضية أو الحصبة فى الايام الاخيرة

أما الامراض الغير الوبائية فتحفظ تقريباً معدلها طول السنة وأنه لمما تحسن الاشارة اليه تأثير الحرب العظمى وسنى القحط التى تلتها فى نسبتى المواليد والوفيات باسكندرية

	الحرب العظمى				الهدنة وما بعدها			
	١٩١٤	١٩١٥	١٩١٦	١٩١٧	١٩١٨	١٩١٩	١٩٢٠	١٩٢١
نسبة المواليد	٤٠	٤٣	٤٢	٤٠	٣٦	٣٤	٤٣	٤٤
نسبة الوفيات	٢٧	٣١	٣٥	٣٢	٤٥	٤٢	٣٢	٢٩

فيرى أن الوفيات تأثرت تأثيراً سريعاً بالحرب وزادت زيادة فاحشة حتى علت على المواليد فى سنتى ١٩١٨ ، ١٩١٩ وفيهما كان وباء الانفلونزا الشهير .
ولكن المواليد لم تتأثر الا فى ١٩١٨ وهذا ناشئ بالطبع من أن المصريين لم يجند منهم الملايين فجأة كغيرهم من الأمم أما نزول المواليد بعد ذلك فناشئ من قلة الزواج ومن نزوح رجال كثيرين من بيوتهم للكسب خلف الجيوش وتركهم زوجاتهم وعائلاتهم

(٣) وفيات الاطفال :

تزداد وفيات الاطفال عموماً أثناء شهور (ابريل الى سبتمبر) وهى التى تؤثر فى الوفيات فتزيدها بصفة واضحة جلية كما سبق ذكره ولا يمكن الخوض بتوسع فى أسباب هذا العامل العظيم الخطورة ولا طرق تلافيه التى يجب على رجال عهدنا الجديد أن يولوه من العناية ما هو جدير به

ففى سنة ١٩٢٢ كانت نسبة وفيات الاطفال الذين عمرهم أقل من سنة فقط هكذا : —

الشهر	يناير	ابريل	مايو	يونيو	يوليو	اغسطس	سبتمبر	اكتوبر	ديسمبر
النسبة	١٢١	١٧٨	١٩٧	٢١٧	٣٣٦	٣٣٧	٣٠٩	٢١٠	١٥٠

ومتوسط السنة بأجمعها ١٩٤ فى كل الف مولود وهى أحسن السنين التى رأتها الاسكندرية فى هذا الباب لمدة ١٤ سنة متوالية فتأمل ! . . . .

وعند البحث فى تشخيص وفيات الاطفال يوصل الى النتيجة الآتية :

امراض غذائية مضعفة	امراض معوية	امراض صدرية	امراض معدية	اشتات	الجملة
٤٧،٦٩	٣٦	١٢	٠،٦٢	٣،٩٩	١٠٠

أى ان اكبر أسباب وفيات الاطفال هو الضعف العام ثم ألامراض المعوية فالصدرية وهـذه الاعداد مبنية على التشخيص الذى يعمله أطباء الاقسام ويرجح أن فيها بعض الخطأ

(٤) الامراض الوبائية :

لكثير من الامراض الوبائية وقت من السنة تكون عادة اكثر انتشاراً فيه . وبالطبع هذا ناتج من توفر العوامل المهيئة لتفشيه فى تلك المدة . مثل برودة الجو أو حرارته ومثل مواعيد توالد الطفيليات الناقلة للعدوى كالبراغيث والجرذان وغير ذلك من الاسباب . وفيما يلى بعض ملاحظات عنها :

التيفوس — يبتدئ انتشاره فى « مارس » ويبلغ أوجه فى « مايو » ثم يهبط فى « يوليو »

الراجعة — يبتدئ انتشارها فى « ابريل » وتبلغ أوجها فى « يونيو » ثم تهبط فى « يوليو »

التيفودية — يبتدئ انتشارها فى « يوليو » وتبلغ أوجها فى « سبتمبر » وتهبط فى « ديسمبر »

الطاعون — يبتدئ انتشاره فى « ابريل » ويبلغ أوجه فى « مايو ويونيو » ويهبط فى « يوليو »

الحصبة والانفلونزا — اكثر انتشارهما فى شهور الشتاء

(٥) نسبة وفيات الامراض الوبائية الى اصاباتها :

النسبة المئينية للوفيات الى الاصابات معرضة للخطأ المسبب من عدم معرفة عدد الاصابات بالضبط لتستر الاهالى عليها بينما أن عدد الوفيات من الامراض الوبائية يكون دائماً أقرب الى الصواب كما هو واضح

ولذلك فان النسب الآتية (التى هى متوسط تسع سنوات) ربما تكون مغايرة قليلا لما هو مذكور فى بعض الكتب الطبية

الجدرى	٣٠،٦ ٪	الطاعون	٥٤،٤ ٪
الحصبة	٢١،٨ ٪	التيفودية	٢٤،٨ ٪
القرمزية	٤،٦ ٪	التيفوس	٣١،١ ٪
الدفتريا	١٩،٥ ٪	الراجعة	٣،٣ ٪
الحمى المخية الشوكية	٥٩،٩ ٪		

هذه هى جملة ملاحظات على الاحصائيات الصحية لمدينة الاسكندرية ومما لا شك فيه أن هناك مشاهدات أخرى تلذ للاحصائى المدقق وكلها معدة لمساعدة الطبيب الصحى فى كفاحه الشاق لتحسين حالة الهيئة الاجتماعية المنوط به وقايتها من الامراض وحفظ نسلها فالاحصائيات للطبيب كدفتر التاجر الذى يرصد فيه أرباحه . وخسائره ميزان تقدمه ومسبار عمله

زيادة التأثير Anaphylaxis

للدكتور نجيب قناوى

طالما حاولت أن أكتب فى هذا الموضوع فكان يحول دون ذلك عدم المامى بأطرافه لتشعبها وتباين نظرياته وصعوبة ايجاد كلمة عربية تناسب التعريب فآليت على نفسى ألا أقعد عن عزمى حتى أخرج بفذلكة بسيطة نقية من الشكوك طاهرة من الشبه فاطلعت على كل ما جاء فى الكتب والمجلات وطبقت ذلك على بعض تجارب أجريناها فى المعمل على بعض الحيوانات فكانت النتيجة انى خرجت من هذا البحر اللجى بذلك الزبد البسيط الذى يفيد حضرات الزملاء بعض الفائدة وانى أعترف فى الوقت نفسه أنه ليس شاملا أو ملماً بكل

اطراف الموضوع فأرجو حضرات الزملاء أن يوافونا بأبحاثهم وآرائهم كى نصل الى نتيجة تبين الامر وتهدى البصائر

التعريب

انى اخترت جملتين كل منهما مركبة من كلمتين تقريباً لكلمة «Anaphylaxis» وهما : —

١ — زيادة التأثر

٢ — حبوط المقاومة

ففضلت أولاهما لأنها تنطبق على معنى « Hypersensitiveness » أى زيادة التأثر وهذه الكلمة تفسر حقيقة هذا الحادث تفسيراً أوفى وأوسع من كلمة « Anaphylaxis » وما أمكننى ان أجد كلمة قائمة بذاتها فى قواميس اللغة العربية تنطبق على معنى الكلمة المعربه ومع ذلك فان لم يرق هذا التعريب فى نظر أحدنا فليتفضل فى البحث عن كلمة أخرى تناسب المعنى الحقيقى

ان أول من نشر كلمة « Anaphylaxis » هو الاستاذ رشت « Richet » وذلك فى سنة ١٩٠٢ فاختار هذه الكلمة ليعبر بها عن التفاعل الذى يحصل بعد حقن الجسم للمرة الثانية بمادة زلالية أجنبية عنه بشرط ان تكون الفترة بين الحقنة الاولى والثانية لا تقل عن ثمانية الى أربعة عشر يوماً وتسمى هذه الفترة « زمن التفريخ »

الأسباب

أما أسباب زيادة التأثر فهذه ما لا يمكننى الخوض فيها لأنها كلها مبنية على نظريات علمية أكبر منها عملية وكل من العلماء الذين تباروا فى هذا البحث له رأى خاص فمثلا قال الاستاذ فوجهان « Vaughan » ان سبب هذا الحادث

هو ان بعد حقن الجسم بأية مادة زلالية تتكون فى الدم مادة خميرية تبقى كامنة فيه لا تعمل الا اذا وصل اليها بعد مضى وقت معين مادة زلالية أخرى بشرط ان تكون هذه المادة من نوع المحقون به أولا فعند اتحادهما معاً يحصل تفاعل يظهر بشكل اعراض مختلفة ويسمى هذا التفاعل زيادة التـأثر « anaphylaxis » أو بمعنى آخر انه اذا حقن شخص بأية مادة زلاليـة أى مولدة للضد « antigen » يتولد من الدم اجسام مضـادة « antebodies » للمادة المحقون بها أولا فتبقى هذه الاجسام المضادة فى الدم كامنة طول مدة التفريخ الى ان يصل اليها مادة زلالية أخرى تكون من النوع المحقون به اولا فعند ذلك يحصل تفاعل يسمى بزيادة التأثر

قد تكون زيادة التأثر مكتسبة بأن تأتى من طريق الحقن كما بينت وقد تكون خلقية وذلك كما يحصل للاشخاص ذوى الاستعداد من الاعراض عند تعرضهم الى النبات الخاص الذى يلقح به اناث النخل ويسمى هذا النبـات باللقاح أو الـكش « pollen » وتسمى الحمى المسببة عن هذا بالحمى القشـية « Hay fever » أو كما يحصل لبعض النـاس من الاعراض عند تناولهم نوعاً مخصوصاً من الغذاء

ان زيادة التأثر نوعية محضة أى انه لابد وان تكون المادة الزلالية التى تحقن أولا لتنبيه خلايا الجسم من نوع وجنس المادة الزلاليـة التى تحقن فى الدفعة الثانية فمثـلا اذا حقنا خنزيراً غيناً بزلال البيض فلا يحصل له زيادة التأثر اذا ما اعيد حقنه بمادة زلالية أخرى مغايرة لزلال البيض كاللبن أو مصل الحصان مثلا وقد لا يحصل فى بعض الاحوال أيضاً اذا كانت المادة الزلاليـة من جنس واحد ولـكنها من مصادر مختلفة فمثلا لا يجوز حقن لبن الماعز ثم لبن البقر

أهم العلامات المميزة لزيادة التأثر

أهم العلامات المميزة لهذا الحادث تنحصر فى الآتى

اولا : مرض المصل « serum sickness »

ثانياً : التفاعل نتيجة التلقيح بالمادة الجدرية

ثالثاً : التفاعل نتيجة التلقيح بمادة توبركاين « Tuberculine »

رابعاً : الاستعداد الذاتى لبعض المواد الزلاليه « ediosyncrasy »

١ — مرض المصل

مرض المصل هو عبارة عن جملة اعراض تصيب الذين يحقنون ولو مرة واحدة بالمصل المضاد للسم « Antitoxin » وقد تظهر تلك الاعراض بين اليوم الثانى والعاشر من الحقن

وهذه هى أهم الاعراض

طفح على الجلد مصحوب باحمرار شديد يظهر على شكل انتجريه (Urticaria) ثم انتفاخ فى الغدد اللينفاوية مع ألم فى المفاصل وارتفاع ضعيف فى الحرارة وقد يتضخم الطحال ويظهر زلال أو آثار منه فى البول

أما الطفح الذى يظهر على الجلد فاما أن يكون موضعياً فى مكان الحقن أو منتشراً على عموم الجسم وقد تزول تلك الاعراض بعد مضى ثلاثة أو أربعة أيام وغالبا لا يخشى منها على المريض وعلى ما يظن أن السبب فى هذا المرض هو المادة الزلالية الموجودة فى المصل ومن حسن الحظ أن تلك الاعراض لا تترك أثراً سيئاً فى الجسم ولكنا « Bosenau & ander son » اكتشفا بضع حالات مميتة من هذا النوع ظهرت أعراضها بعد الحقن بخمس أو عشر دقائق وربما كان ذلك ناشئاً عن حالة وجود استعداد خاص عند بعض الاشخاص

دون البعض الآخر لانه وجد أن المصابين بالربو « Asthua » أو الذين يشعرون بضيق فى التنفس عند اقترابهم أو محاولتهم امتطاء الخيل هم المعرضون لهذا الحادث أكثر من غيرهم ولذلك يجب ان تسأل الاشخاص عن تاريخ حياتهم قبل الاقدام على عمل الحقن . فمرض المصل فى الحقيقة هو نوع من أنواع زيادة التأثير

٢ — التفاعل من التلقيح بالمادة الجدرية

قد تدل زيادة التأثير « Anaplylaxis » فى بعض الاحوال على قوة المناعة الموجودة فى الجسم ضد مرض من الامراض كما تبين ذلك « Von Pirquet » ومثاله انه اذاما لقح شخص بالسم النوعى بميكروب الجدرى تتكاثر الميكروبات وتنمو يوما بعد يوم ويظهر تفاعل فى اليوم الثالث الى الرابع يتصف بحليمة تظهر فى موضع التلقيح ثم تتحول هذه الى حويصلة ثم الى بثرة ثم الى قشرة الى أن تنتهى بالندبة وكل ذلك يستغرق احد وعشرين يوما تقريباً وقد وجد انه بعد التلقيح تتكون فى الدم اجسام مضادة « Antibodies » تلتهم الميكروبات وتمزقها شذر مذر فيكتسب الجسم بعد ذلك وقاية تحميه من هذا المرض ولكن اذا ما لقح هذا الشخص مرة ثانية بعد مضى فترة من الزمن ظهر تفاعل خلاف ذلك الذى سبق أن ذكر لانه فى هذه الحالة الاخيرة يكون الجسم قد تعود مقابلة هذه الطوارئ وذلك بوقوف تلك الاجسام المضادة التى تكون قد ظهرت عند التلقيح الاول بالمرصاد فتندفع هذه الاجسام تجاه الميكروبات باقصى وجه من السرعة فيحصل تفاعل سريع يسمى زيادة التأثر « Anaplylaxis » فتظهر على الشخص أعراض خفيفة جداً ربما لا يشعر بها ولا تتعدى الحليمة التى تظهر فى مكان الحقن وهذه الاعراض لا تلبث أن تزول بسرعة فيستنتج من هذا أن الجسم لا تزال فيه قوة المناعة ضد ميكروب

الجدرى أو بمعنى آخر أن التلقيح الاول اكسب خلايا الجسم تنبيهاً خاصاً « sensitization » استعدادا لمقابلة ما ينتج من التلقيح الثانى اما اذا ظهر تفاعل شديد كما حصل عند التلقيح الاول فتعلم ان الجسم قد فقد الاجسام المضادة وكان ذا استعداد لأخذ العدوى

الحقن بالمادة الفعالة فى الدرن — التوبركلين « Tuberculine »

اذا حقنت هـذه المادة فى الشخص السليم فانها لا تؤثر فيه ولـكنها اذا حقنت فى انسان أو حيوان مصاب بالدرن ظهر تفاعل يتصف باحمرار فى موضع الحقن مع ارتفاع فى درجة الحرارة وآلام فى المفـاصل فهذه الاعراض التى تظهر بعد الحقن هى فى الحقيقة نوع من أنواع زيادة التـأثر فمن كان مصاباً بالدرن فلابد من ظهور ذلك التفاعل ومن كان سليما فلا يظهر عليه شيء

الاستعداد الشخصى للتأثر بأنواع الاغذية والعقاقير « Ediosyncrasy »

هذا الاستعداد هو نوع من أنواع زيادة التأثير ايضاً لأنه يوجد بعض اشخاص يتأثرون شديد التـأثر عند ما يتناولون نوعاً مخصوصاً من الغذاء أو الدواء كاللبن والبيض والعسل والبقول والاسماك الخ فقد رأينا كثيراً يشعرون باعراض مختلفة عند تناولهم البيض أو السمك مثـلا فقد يحصل قيء واسهال ومغص وأعرف شخصاً يحصل له نوع من الا كزيما كلما تناول سمكا فى غذائه وآخر يحصل له قيء واسهال كلما أكل بيضاً اما أنا شخصياً فكنت دائماً أشعر باعراض شديدة بعـد ساعتين أو ثلاث من تناول « الفول المدمس » فكان يحصل لى ورم شديد فى الاجفان العليا للعينين مع تهيج فى الجهاز الهضمى وتكسر فى المفاصل وهبوط فى الجسم ولـكنى كنت أشعر براحة بعد ظهور الورم فى الاجفان

اما السبب الحقيقى لهذا النوع من زيادة التـأثر فغير معروف تماماً وقد قسمه بعضهم الى قسمين وراثى ومكتسب

وأكثر هذا الاستعداد الشخصى يقع تحت القسم الاول أى الوراثى ومثل الاغذية تكون بعض العقاقير اذ يوجد اشخاص كثيرون تظهر عليهم اعراض خاصة بعد تناولهم عقاقير خاصة كالكينين والانتبرين والبروموور وبلسم الكوباى الخ وقد حضر فى امريكا جملة خلاصات من أنواع الاغذية المعروفة لتستعمل فى اظهار نوع الغذاء المسبب لتلك الاعراض فمثلا اذا اردنا استكشاف نوع الغذاء المسبب لحصول أعراض زيادة التأثير نلقح الشخص فى مواضع مختلفة فى الذراع بجملة من تلك الخلاصات فما كان من نوعها سببا لزيادة التأثير ظهر تفاعل ايجابى سريع فى المكان الذى حقنت فيه هذه الخلاصة ولا يظهر شىء فى المواضع الاخرى ويتصف هذا التفاعل بظهور حليمة ذات لون وردى باهت لا يمكث طويلا بل يزول سريعا وقد رأى بعضهم ان الاكزيما هى تفاعل من نوع زيادة التأثير ايضا لانه وجد ان الاطفال المصابين بالاكزيما كثيراً ما يكون برازهم محتويا على كمية كبيرة من المواد النشوية والدهنية فبتقليل فى تلك المواد فى غذائهم تنصلح حالة الاكزيما

ميعاد ظهور التفاعل بعد الحقن

قد يحصل التفاعل من زيادة التأثير بعد الحقن الاول بمدة تتراوح بين يومين وعشرة ايام وهذا يحصل غالبا فى مرض المصل « serum sickness » الذى سبق التكلم عنه اما اذا كانت الفترة بين الحقنة الاولى والثانية أقل من ثمانية أيام فلا يحصل تفاعل واذا كانت أكثر من ذلك اى تكون من عشرة الى اربعين يوما فيحصل تفاعل يسمى بالتفاعل الفورى « Imediate » واذا كانت من شهر الى ستة شهور فيحصل تفاعل يسمى السريع « Accelerated »

اعراض زيادة التأثير

عند انتهاء مدة التفريخ تظهر أعراض زيادة التـأثير بشكل اختناق شديد وضيق فى التنفس مصحوب بسعال انفزيماوى وشلل فى العضلات الارادية واحمرار مصحوب بالتهـاب شديد فى موضع الحقن وقد لا تتأخر ظهور تلك الاعراض عن عشر دقائق تقريباً اما اذا تأخر ظهورها عن ذلك فيكون الحادث من الحوادث الحميدة . فبالنسبة الى ما ذكر ونظراً الى ما ينتج من الخطر من تعريض الاطفال الى الحقن بالامصـال المضادة للدفتريا قد يقف الطبيب فى بعض الاحيان حائراً هل يحقن الاطفال الذين سبق ان اعطيت لهم حقنـة فى وقت من الأوقات ولسبب من الاسباب أم يؤجل الحقن انتظاراً لنتيجة المعمل (وانى لا أنسى موقفى فى العام الماضى مع بعض زملائى فى يوم أصيب فيه أحد أبناء أطباء القاهرة بمرض الدفتريا فرأى بعضنا ضرورة الحقن بالمصل بلا توان وبدون انتظار نتيجة الفحص البكتريولوجى ورأى البعض الآخر تأجيل عمل الحقن حتى تظهر نتيجة الفحص وذلك خوفاً عليه من تعريضه الى حادث زيادة التأثر لأنه سبق لهذا الطفل ان لقح مراراً بالمصل الواقى فقررنا أخيراً الحقن بدون انتظار ولم يحصل للطفل والحمد لله أى عرض ما

ففى مثل هذه الاحوال ارى انه يجب على الطبيب اذا اشتبه فى حالة الا يتأخر فى اعطاء الحقنة اللازمة فورا فقط عليه ان يأخذ الاحتياطات الآتيـة والتى اجمع عليها معظم الاطباء

اولا — ان يسأل أهل المريض عما اذا كان المصاب سبق حقنه بالمصل ام لا

ثانيا — ان يحقن الشخص الذى سبق حقنه بمقدار قليل جداً من المصل فيبدأ مثلا ربع سنتيمتر مكعب ثم يعاد الحقن بعد مضى ساعة بمقدار أكبر ثم يكرر ذلك جملة مرات بمقادير أكبر فأكبر الى ان تنتهى الكمية المراد حقنها

وبعضهم يبتدئ بحقن عشر سنتيمتر مكعب وبعد مضى ساعةاو ساعتين يحقن الكمية الباقية دفعة واحدة وانى حقنت اطفالا كثيرين بالمصل المضاد للدفتريا على جملة مرات وكانت الفترة بين المدة والاخرى ١٥ دقيقة فقط

ثالثاً — ان يفحص الصدر لاكتشاف امراض صدرية خصوصاً الربو لان اصحاب هذا المرض قد يكونون معرضين لخطر زيادة التأثر ففى وجود مثل هذه الحالة يجب اعطاء الحقنة على جملة مرات كما بينت ذلك سابقاً

رابعاً — يرى بعضهم استعمال لنبات الكالسيوم قبل اعطاء الحقنة مباشرة وتعطى بمقدار ٥٠ ر. سنتى جرام فى الجرعة الواحدة ويخفف هذا المقدار بحسب السن

خامسا — وجد ان الادريالين والتيوترين والكلورال والاتروبين والكلوروفورم يخفف من شدة وطأة اعراض زيادة التأثر

وعلى كل حال يستحسن دائماً اشعار أهل المريض قبل الاقدام على الحقن بجواز حصول أى عرض كى يقدروا الموقف الدقيق للطبيب وقد وجد الا خوف مطلقا من اعطاء الحقن للاطفال المصابين بالدفتريا المؤكدة ولكن الخوف من الحقن التى تعطى على سبيل الوقاية فقط وعلى كل حال فان اكتشاف تفاعل « schick » سيكون له شأن عظيم فى المستقبل فان بفضله يبين للطبيب حالة الاطفال الذين يكونون لديهم وقاية طبيعية من الدفتريا ففى هذه الحالة لا يكون هناك داع لحقن مثل هؤلاء بالمصل الواقى (انظر كلمتى فى تفاعل شيك سنة ١٩٢٣)

التجارب على الخنازير الغينية

انى مدين بالشهر لزميلى الدكتور جورج يوسف الطبيب الاول للمعمل البكتريولوجى بالبلدية لانه قام بمساعدتى فى عمل التجارب اللازمة على الخنازير

القينية لانها أكثر الحيوانات استعداداً لحادث زيادة التأثير ولكنى أقول بكل أسف اننا لم ننجح تمام النجاح فى كل أبحاثنا وتجاربنا هذه لانه لم يمت من الحيوانات من تأثير هذا الحادث (زيادة التأثر) الا حيوان واحد ورغماً من ذلك فقد ظهرت بعض أعراض على بعض الحيوانات كما سترى ذلك مفصلا فيما بعد واننا مع هذه التجارب ومع ما وصلنا اليه لم يمكنا تعليل السبب فى عدم ظهور الاعراض على الحيوانات المحقونة ظهوراً جلياً وربما يكون ذلك نتيجة خطأ قد وقعنا فيه

التجربة الاولى

حقنا فى يوم ٨ مارس ١٩٢٣ فى البريتون خنزيرة ثمينة تزن ٤٢٠ جراماً بمقدار ٣ جرامات من المصل المضاد للدفتريا وفى ١٠ مارس ١٩٢٣ أعدنا حقنها بمقدار ٣ جرامات من المصل نفسه وكان وزنها اذ ذاك ٣٨٥ جراما وفى ١٤ مارس سنة ١٩٢٣ وصل وزنها الى ٣٥٠ جراماً فحقناها لثالث مرة بالمقدار نفسه وفى يومى ١١ و ١٢ شاهدنا خروج نزيف خفيف من المهبل مع وجود بعض مواد مخاطية حوالى فتحة الشرج فأخذت عينة من تلك المواد المخاطيـة وفحصت تحت المجهر فوجد انها تحتوى على بعض حلازونيات وبذور وعصيات ربما تكون من المواد الغذائية وفى يوم ١٤ وصل وزن الحيوان الى ٣٠٥ جراما فحقناها فى البريتون بمقدار جرام واحد من المصل نفسه

الاعراض

لم نلاحظ على الحيوان شيئاً سوى ظهور ضعف وانكماش فى الجسم وذلك بعد الحقنة الاخيرة مباشرة ثم مات الحيوان بعد مضى سبع ساعات من الحقن ولم نكن حاضرين وقت الوفاة

التشريح

وجد احتقان فى الرئتين وتمدد فى الجزء اليمين للقلب واحتقان فى الكبد وبعض انسكابات مصلية فى البريتون ولم نجد الدم متجمداً فى القلب

التجربة الثانية

حقنا فى يوم ١٥ مارس فى البريتون خنزيراً غينياً يزن ٣٩٠ جراما بمقدار ٥ر١ سنتيمتر مكعب من زلال البيض المجفف بنسبة ١ : ٣ وفى يوم ٢٤ مارس لم يتغير وزن الحيوان وفى ٢٦ مارس وجدنا وزنه ٣٥٩ جراما فحقناه (أى بعد مضى ١١ يوماً من الحقنة الاولى) بمقدار جرامين من زلال البيض المجفف بنسبة ١ : ٣

الاعراض

لم تظهر اعراض على الحيوان بل بقى سليما أياما كثيرة كما كان قبل الحقن

التجربة الثالثة

حقنا فى يوم ١٠ مارس فى البريتون خنزيراً غينيا يزن ٢٩٠ جراما بمقدار قليل جداً من زرع ميكروب الدفتريا على الاجار (⅛ الزرع) بعد مزجه فى جرامين من الماء المعقم وفى يوم ٢١ مارس كان وزن الحيوان ٢٨٤ جراما فحقناه بمقدار سنتيمتر مكعب من المصل المضاد للدفتريا وفى يوم ٢٩ ظهر ضعف شديد مع ذبول وقل وزنه الى ٢٢٤ جراما ثم مات فى يوم ٣١ مارس ولم تظهر الصفة التشريحية شيئا مرضيا

ملحوظة

كنا نريد أن نثبت فى هذه الحالة انه لا خوف من حصول اعراض زيادة

التأثر فى أحوال الدفتريا المؤكدة

التجربة الرابعة

حقنا فى يوم ٢٥ مارس حيوانا آخر يزن ٤٠٢جراما فى التجويف البريتونى بمقدار ٤ سنتيمتر مكعب من المصل المضاد للدفتريا ولكنه مات فى ٣٠ مارس أى قبل اتمام التجربة عليه ولذلك لم نعمل الصفة التشريحية

التجربة الخامسة

حقنا فى يوم ٢١ مارس فى التجويف البريتونى خنزيرا يزن ٢٨٥ جراما بمقدار ١ . و . من السنتيمتر المكعب من المصل المضاد للدفتريا فى البريتون وفى يوم ٢٩ مارس وجدنا وزنه ٢٣٥ جراما وقد مات الحيوان أيضاً فى يوم ٨ ابريل قبل عمل الحقنة الثانية وبعمل الصفة التشريحية له لم نجد سوى احتقان فى الرئتين والكبد

التجربة السادسة

حقنا خنزيرا فى التجويف البريتونى فى يوم ٢٣ ابريل بمقدار ١ . و . سنتيمتر مكعب من المصل المضاد للدفتريا وفى يوم ٧ مايو أعدنا حقنه بمقدار ٤ جرامات من المصل نفسه فظهر على الحيوان فى الحال ضعف وذبول ثم ابتدأ يزحف على بطنه مائلا الى احد جانبيه واخذ جسمه ينتفض انتفاضا ويتنفس بصعوبة زائدة ولكن لم تدم هذه الاعراض الا بضع دقائق ورجع بعدها الحيوان الى حالته الطبيعية وفى يوم ١٦ مايو رأينا أن نحقنه للمرة الثانية بمقدار ٢ سنتيمتر مكعب من المصل عينه فاظهر الحيوان فى الحال ضعفاً وصعوبة فى التنفس ولكنه عاد الى حالته الاولى بعد دقيقة أو دقيقتين

فمن هنا نرى اننا لم ننجح فى كل هذه التجارب الا فى حالتين وهما الاولى

والسادسة ولكنهما أيضاً ليسا من الحالات التى ظهرت فيها أعراض زيادة التأثير بشكل جلى واضح

التجربة السابعة

كان زميلى الدكتور جورج يوسف يحقن أرنبا بمقدار ٣ جرامات بدم نعجة ليستخرج منه المادة المذيبة لدم النعجة لاستعمالها فى تفاعل واسرمان ثم أعاد الحقن فى يوم ٢٩ بمقدار ٥ جرامات ثم حقنة فى يوم ٥ مارس للمرة الثالثة بالمقدار عينه ثم حقنة فى يوم ١٠ مارس للمرة الرابعة بمقدار ٥ جرامات أيضاً وفى يوم ١٦ مارس حقنة بمقدار ٧ جرامات فشاهد بعد مضى دقيقة ونصف من الحقن الاعراض الآتية (رعشة شديدة فى عموم الجسم وعدم المقدرة على المشى أو الوقوف ثم تقلصات مضطربة اعقبتها تقلصات شديدة ومستديمة وتمدد فى الحدقتين وصراخ شديد كصراخ المتألم فوقوف التنفس الذى أعقبه موت الحيوان فى الحال ولكن ظل القلب ينبض الى ما بعد وقوف التنفس بثلاث دقائق)

فاذا نظرنا الى التجارب التى أجريت رأينا ان الحالة الاخيرة هى الوحيدة التى ظهرت فيها أعراض زيادة التأثير بشكل واضح وعلى كل حال فان هذه التجارب كافية وان لم تأت بنتيجة يحسن الاطمئنان اليها كنتيجة حاسمة سأستمر فى طريق البحث لاوافى قراء المجلة من وقت لآخر بكل ما أعلمه وسأعلمه عن هذا الموضوع الهام

المراجع : (Rosemau) — (Vanghan) — (American Medical association) (Forchiemer) (Nouveau Traite'de Medicine

التحرير — كلمة anaphyloxis مركبة من كلمتين كلمة ana ومعناها privitive أى سالب وكلمة phylaxis ومعناها protection أى حماية فالكلمة معناها

الحرفى « سالب الحماية » وبالانكليزية Increased Susceptibility أو زيادة الاستعداد والكلمة العربية التى نظن انها تفسرها تماما هى « الوهن الذاتى » أما كلمة زيادة التأثير أو الحاسة فمعناها Increased Sensibility وشتان بين المعنيين على ان المجلة ترحب بكل ملاحظة فى هذا الشأن

الانسولين

للدكتور محمد بك عبد الحميد

ان المواد الكربوهدراتية كالمواد النشوية التى يتناولها الانسان فى الطعام تتحول الى أنواع من السكر البسيط كالجلوكوز . وهذا السكر تمتصه الامعاء ويحمل الى الكبد حيث يخزن أغلبه بصفة جليوكوجن . والباقى يحمل الى العضلات والانسجة الاخرى حيث يتأكسد بعضه ويخزن سائره فيها بصفة جليوكوجن . وقبل هذه التغييرات يتحول الجلوكوز من حالة خمود وسكون الى حالة فعالة بطريقة كيميائية غريبة . ومن المحتمل أن الجلوكوز الذى تمتصه الامعاء فى البوال السكرى يبقى خامداً غير فعال فلا تخزنه الكبد بصفة جليوكوجن ولا يتأكسد فى الانسجة بل يقذف فى الدورة الدموية فتزداد نسبة السكر فى الدم عن الحالة الاعتيادية ويفرز فى البول . وبخروج السكر فى البول يفقد الجسم منبع القوة . ويتلو ذلك نفاد المخزون من الجليوكوجن ثم استهلاك البروتين . ولما كانت المواد الكربوهدراتية ضرورية فى الجسم لتمثيل المواد الدهنية تمثيلا كاملا فالمواد الاخيرة لاتحترق تماماً فى البوال السكرى مما تتخلف عنه الحموضة السكرية والغيبوبة السكرية . وعلى ذلك يكون البوال السكرى مرضاً لا ينتفع فيه الجسم بالمواد الكربوهدراتية انتفاعا تاماً مما

يتلوه اضطراب فى تمثيل المواد النتروجينية والمواد الشحمية ويتضح هذا الاضطراب عند المرضى بالبوال السكرى بالشراهة فى الاكل وزيادة نسبة السكر فى الدم وبظهور السكر فى البول

اكتشاف الانسولين

لقد ظهرت علاقة غدة البنكرياس بالبوال السكرى من تجارب فون مرنج ومنكوسكى فى الكلاب فقد كانا يستأصلان هذه الغدة من بطن الكلب فتظهر أعراض البوال السكرى عليه . وغدة البنكرياس تتكون من منسوجين مختلفين . أحدهما فصيصى وهو الذى يفرز العصارة البنكرياسية التى تصل الى الامعاء خلال القناة البنكرياسية . والمنسوج الآخر فئات من الخلايا متفرقة فى الغدة ويسمى بجزر لانجرهان تغذيها أوعية دموية كثيرة . وقد شاهد أوبى وغيره فى جزر لانجرهان درجات مختلفة من التغيرات المرضية فى أغلب المرضى الذين يموتون من البوال السكرى . وقد تصل هذه التغيرات الى درجة التلف التام . وعلى ذلك نسبوا الى هذه الجزر افرازاً باطنياً ضرورياً لتمثيل المواد الكربوهدراتية . وقد حاول كثير الحصول على خلاصة من البنكرياس تحتوى على هذا الافراز الباطنى . لكنهم لم ينجحوا . ولعل سبب الفشل هو تلف المادة الفعالة بالخمائر الهاضمة القوية التى تتضمنها هذه الخلاصات . وقد بقى الفشل نصيب الباحثين الى أن تمكن بانتنغ وبست وهما يشتغلان معاً فى قسم الفسيولوجيا تحت ادارة الاستاذ ماكليود أن يبرهنا على وجود هذا الافراز الباطنى وشرحا العلاقة الحقيقية بين البنكرياس ومرض البوال السكرى .واليك كيف وصل بانتنغ الى ذلك

قد كان معروفاً انه اذا ربطت القناة البنكرياسية حدثت الاستحالة فى الجزء الفصيصى منها قبل حدوثها فى جزر لانجرهان وعلى ذلك رأى بانتنغ أنه

اذا استخرج خلاصة من الغدة البنكرياسية بعد ربط قناتها بعدة اشتملت هذا الخلاصة على المادة الفعالة التى تفرزها جزر لا نجرهان بغير ان تتلفها الخمائر الهضمية بسبب استحالة الجزء الفصيصى الذى يفرز هذه الخمائر الهضمية عقب ربط القناة .

وفى سنة ١٩٢١ توصل بانتنغ و بست الى تجهيز خلاصة من غدة البنكرياس بعد الاستحالة وحقنا كلاباً مريضة بالبوال السكرى بهذه الخلاصة فوجدا أن هذه الحقنة تقلل نسبة السكر فى دم هذه الكلاب وتقلل السكر فى بولهم ووجدا أيضاً أنهما اذا حقنا بمقدار كاف من هذه الخلاصة فى مواعيد مناسبة كلاباً استؤصلت الغدة البنكرياسية منها عاشت تلك الكلاب زمناً طويلا بغير أن تظهر عليها اعراض البوال السكرى . فاتضح من هذه التجارب أن جزر لانجرهان التى فى البنكرياس تتضمن مادة فعالة تقلل السكر فى الدم وتقلل السكر الذى يخرج فى البول أو تمنعه تماماً فى الكلاب المريضة بالبوال السكرى . وقد توصلا أخيراً بمعالجة البنكرياس الجنينى أو البنكرياس السليم بالكؤول الى تجهيز خلاصة تحتوى على المادة الفعالة ويظهر أن الكؤول صانها من تأثير الخمائر الهضمية .

وحقن ولد صغير مريض بالبوال السكرى أخذ المرض فيه مأخذه بهذه الخلاصة فقل السكر فى الدم كما قل فى البول . وكانت الخلاصة تحتوى على مواد مهيجة تحول دون تكرار الحقن ولكنهما توصلا بمساعدة كولب الى خلاصة انقى تسمى الانسولين

الانسولين هو الاسم الذى أطلق على العنصر الفعال فى البنكرياس وهى غدة فى تجويف البطن تحت المعدة لها أفراز يسمى بالعصير البنكرياسى يدخل القناة المعوية بواسطة القناة البنكرياسية التى تصب فى المعى الاثنى عشرى وهذه العصارة لها شأن عظيم فى هضم الطعام بواسطة خمائر الاميبلوبسين

والتربسين والاستبسين وغيرها . أما الانسولين فيفرز فى الدم مباشرة فى السليم وله شأن عظيم فى تمثيل المواد السكربوهدراتية . ويتكون فى أجزاء خاصة من البنكرياس هى جزر لانجرهان كما قلنا . فاذا اعترت هذه الجزر استحالة ونقص تولد الانسولين ظهر المرض المعروف بالبوال السكرى وعلى ذلك يكون الغرض من علاج المصاب بالبوال السكرى بالانسولين هو اشباع الجسم بهذا العنصر الفعال لتقوى خلاياه الحية على التأثير فى المقدار الكافى من المواد السكربوهدراتية. وللآن لم يمكن عزل الانسولين عزلا نقياً نقاوة كيميائية . وهو عبارة عن محلول مائى معقم للمادة التى تجهز من البنكرياس الحديث بطريقة مضاعفة الغرض منها استخلاص التأثير النوعى وابعاد كلما يعطل ثبات الانسولين أو كلما كان له تأثير سام أو مهيج

طريقة الاستعمال

يستعمل محلول الانسولين حقناً تحت الجلد مع احتياطات الطهر . أما الحقن فى الوريد فلا هو مأمون العواقب ولا هو مفيد . واذا أخذ بطريق القناة الهضمية فلا تأثير له . ولتعلم أن جميع المستحضرات البنكرياسية التى يكون تناولها بالفم ليس لها تأثير الانسولين كيفما كان تأثيرها .

متى يحسن استعمال الانسولين ؟ وما هى الشروط الضرورية للعلاج ؟

ان تجهيز الانسولين فى الوقت الحاضر يحتاج الى نفقة عظيمة والمقدار الذى يمكن تجهيزه محدود . وعلى ذلك لا يحسن استعمال الانسولين فى المرضى بالبوال السكرى الذين يتماثلون بتضييق الغذاء تضييقا لا يحرمهم من الحياة الاعتيادية المعقولة . وآية التماثل اختفاء السكر والمواد الاسيتونية من البول . ويجب ان يحجز الانسولين لعلاج الاحوال الشديدة التى لا يمكن الطبيب التحكم فيها بتضييق الغذاء ولعلاج نوب الشدة التى قد تطرأ فى الاحوال الخفيفة

بالعدوى . فاذا زادت مقادير الانسولين فى المستقبل فلا بأس من استعماله فى الاحوال الخفيفة استعمالا قصيراً ووقتيا مع اباحة الاكل أثناء الاستعمال . لم يتضح للآن ان للانسولين تأثيراً شافياً . انه يعوض النقص الذى يحدث فى الجسم ولكنه لا يعيد الى البنكرياس وظيفته الطبيعية التى اختلت . فان حسن استعماله وقتياً عند الضرورة لا يحسن التوصية باستعماله دائماً الا بفرض استعماله زمنا طويلا غير محدود

ولما كان من الضرورى فى العلاج تناسب الغذاء مع الجرع فلا يوصى باستعمال الانسولين الا بعد درس المريض تماما وتقدير التضييقات الغذائية . ولا بد أن تكون الأدوار الاولى من العلاج فى المستشفيات حيث يمكن فحص البول والدم فحصا دقيقا . فاذا تأثر المريض بالانسولين وعرفنا زيادة احتماله للمواد الكربوهدارتية بجرعة معينة من الانسولين يمكن اتمام العلاج بعد ذلك مع الاسترشاد بفحص البول فحصا وصفيا ومع التحقق ان المريض لا يتجاوز الحدود الغذائية المقررة له . وليتعلم أن استعمال الانسولين غير ضرورى وغير مستحسن فى الاحوال الخفيفة من البوال السكرى وانه خطر تماما فى البوال السكرى الكلوى أو البوال السكرى البرىء الذى يكون سببه عدم استطاعة الكلية حجز النسبة الاعتيادية من الجلوكوز فى الدم . وبذلك تكون نسبة الجلوكوز فى الدم عند هؤلاء المرضى منخفضة . فاذا استعمل الانسولين زاد انخفاض نسبة السكر فى الدم . وظهرت على المريض الاعراض الناشئة عن زيادة جرعة الانسولين

تأثيرات الجرعة الزائدة

اذا كانت جرعة الانسولين كبيرة أو اذا لم يعط المريض العلاوة الغذائية فى الوقت المناسب فقد تنخفض نسبة السكر فى الدم انخفاضاً أقل من المعتاد . واذا كان انخفاض نسبة السكر فى الدم عظيما أو اذا حدث سريعاً ظهرت

أعراض رديئة وقد تكون مفزعة التى منها الانحطاط ، والضعف العصبى ، والدوار ، والاضطراب البصرى ، والعرق الغزير . وهـذه الاعراض تزول سريعاً بتناول شيء من المواد السكربوهدراتيهالسريعة التمثيل كالجلوكوز أوسكر القصب أو عصارة الفواكه . فان فات على الاعراض زمن طويل أو تقـدمت الاعراض حتى يصعب تناول هذه الاشياء بالفم يمكن حقن المريض حقنا داخل الوريد بمحلول جلوكوز معقم فيعطى ٥ جرامات الى عشرين من الجلوكوز فى ٥٠ جراما أو مائة من الماء . وعلى المرضى الذين يعالجون فى العيادات الخارجية ان يحرصوا على حمل شيء من السكر معهم يتناولونه عندأول ظهور هذه الاعراض

الجرعة

تضبط جرعة الانسولين بالوحدة ولما كانت محاليل الانسولين مختلفة القوة فمن الضرورى وصف الجرعة وتقديرها فى علاج الاحوال مختلفة الشدة بالوحدة لا بمقدار المحلول . فيلزم قراءة التعليمات التى على الزجاجة بعناية للتحقق من استعمال الوحدات المطلوبه . والوحدة هى المقدار اللازم لتوليد تغيير معين فى سكر الدم فى الارنب السليم . وقد حدث تنويع فى مقدار الوحدة التى قررها مكتشف الانسولين فى كلية تورنتو والوحدة المستعملة الان فى أمريكا تعادل تقريبا ثلث الوحدة الاصلية فى تورنتو . وحيث ان انسولين أمريكا ممكن الحصول عليه فى انجلترا كالانسولين البريطانى فقد قررت لجنة المباحث الطبية Medical Research Council اتباع الوحدة الامريكية حتى تكون وحدات كل الانسولين بدرجة واحدة وكل عينة ستفحص بيولوجيا بمراقبـة اللجنة المذكورة للتحقق من تعادل قوة الوحدات

ولتعلم ان الطرق المتبعة الان لتقرير الوحدات لا توصل الى درجة عظيمة من الدقة لسوء الحظ . هذا الى ان التأثير بالانسولين يختلف اختلافا عظيما

بالجرعة الواحدة وعلى ذلك يلزم درس كل تأثير بالدقة ولا سيما عند ما تستعمل عينة جديدة من المحلول

أما الجرع للحالة الخفيفة أو للحاله متوسطة الشدة فهى عشرون وحدة فى اليوم وتعطى على الافضل على دفعتين أو ثلاث وكل حقنة تسبق الوجبة بنحو ربع ساعة أو نصف أما فى الاحوال الشديدة فتمكن مضاعفه هذا المقدار وقد نحتاج الى أكثر . وكل وحدة تحقن لابد ان تمكن المريض من تناول مقدار من المواد الكربوهيدراتيه يتراوح من جرام الى أربعة أو ما يعادل ذلك فى الوجبة التى تلى الحقنة ، وذلك حسب شدة الحالة بغير افراز السكر فى البول . والغرض من العلاج هو المحافظة على نسبة السكر فى الدم عند المريض طول اليوم بحيث تكون اعتيادية أو أعلى قليلا من الاعتيادية و بغير ان يظهر السكر فى البول مع زيادة الاباحة فى الأكل

ملاحظة — فى العدد القادم ستنشر طريقة قياس كمية السكر فى الدم

سبب الوفاة فى الانسداد المعوى

بقلم ستن برنجل Seton Pringle جراح بمستشفى دبلن الملوكى

ترجمها الدكتور محمد مبارك طبيب مستشفى شبين الكوم

عن لانست ١٤ يوليه سنة ١٩٢٣

لا يزال سبب الوفاة فى الانسداد المعوى موضوعا للبحث والتمحيص ولقد شغل فكرى فى العشرين سنة الاخيرة وكل سنة تأتى تتطلب الحل بأسرع من سابقتها ووضع لذلك ثلاث نظريات :

(١) العدوى أى انتقال الميكروبات من داخل الامعاء المنسدة الى البريتون لتحدث فيه التهاباً مخترقة جدار الامعاء (٢) امتصاص التكسين — السم Toxins — من الامعاء المنسدة (٣) تقليل الدم فى الدورة العامة وفقر دم المخ . ولقد تساءلت كثيراً هل احدى هذه هى التفسير الحقيقى أو أن كل واحدة منها تشمل جزءاً من الحقيقة ؟

التكسيميا — التسمم الدموى — هى العامل المستمر

كلما زادت تجربتى كلما اعتقدت أن العدوى — ١ — لا تفسر الا جزءاً صغيراً من الوفيات فكثيراً من الحالات تموت قبل أن يوجد التهاب بريتونى بزمن طويل ولقد تدرجت بعد ذلك الى التكسيميا كالعامل المستمر — وغالب العامل المؤثر — ولكن لا يزال كثير من النقط تحت النظر . فمثلا لم يمكننى أن أفسر بنظرية التكسيميا الحقيقية الواقعة من موت بعض حالات الاختناق السريع حيث يغلب على الظن أن الامتصاص غير كثير لانسداد الدورة الوريدية فى اللفة المعوية المختنقة . وهل يصح أن نقول أن الامتصاص حصل من الامعاء فوق اللفة المختنقة حيث هـذه الامعاء مسدودة فقط ؟ وهل عامل الصدمة « Shock » وتمدد الدورة البابية العكسى يمتدان فى هـذه الحالات المختنقة ويكونان سبباً فى هذا الموت السريع ؟ وايضاً هل الموت فى الالتهاب البريتونى من الامتصاص القيحى أو هل يحصـل من امتصاص التكسين من الامعاء المشلولة المتمددة غالباً ؟ وحيث أنه لا يوجد عندى الوقت الكافى ولا التشهيلات اللازمة للتجارب العملية فقد وجهت نظرى شطر الادبيات الكثيرة الحديثة فى الموضوع وأظن أن ماخصاً من هذه قد يفيد الجراحين الآخرين

ولقد وجدت أن كمية كبيرة من المباحث قد عملت خصوصاً فى أمريكا وفى القارة ولقد كان من نتيجة هذا العمل أن ظهر للعيان حقيقتان ناصعتان

وهما يؤيدان تجاربنا الاكلينيكية (١) أن الالتهاب البريتونى ليس هو السبب المهم فى الوفاة حيث قد تحدث قبل وجوده وفى الغالب دائما قبل أن يكون منتشراً (٢) كلما ارتفع مكان الانسداد كلما كان الموت أسرع فمثلا

الكلاب التى عندها انسداد فى المستقيم تعيش ٢٨ يوما

» » » » عند الصمام بين الامعاء الدقيقة والأعور تعيش ١٤ يوما

» » » » تحت صمام البواب بـ ٣٥ بوصه تعيش ٧ أيام

» » » » فى الجزء الثانى من الاثنى عشرى تعيش يومين

الارانب التى عندها انسداد فى القولون تعيش ١٠ أيام

» » » » فى الجزء الأسفل من الامعاء الدقيقة تعيش من ٤ـ٥ أيام

» » » » فى نهاية الاثنى عشرى تعيش ١٧ ساعه

أما بالنسبة للنتائج الاخرى فانها كلها ترجح كفة الموت من امتصاص تكسين أو تكسينات من الامعاء المسدودة ولقد اتجهت همة أغلب الباحثين لمعرفة مكان ايجاد التكسين ومنشئه وكنهه

مكان ايجاد التكسين

لما صار حقيقة ثابتة أنه كلما كان الانسداد أعلا كان الموت أسرع اتجهت أنظار الباحثين الى الاثنى عشرى . ولقد أورى أنه اذا انسد الجزء الثانى من الاثنى عشرى أو اذا فصلت منه لفة وسدت من طرفيها وترك غذاؤها الدموى من غير عبث به فان الموت يحصل فى بضع أيام باعراض تكسيميا : خمودفكرى وعدم اكتراث وسرعة ضربات القلب وضعف فى العضلات وارتعاش وضعف فى افراز الكلى وقىء واضطراب فى درجة الحرارة وانخفاض فى ضغط الدم هذا يحصل اذا فصلت لفة من الاثنى عشرى أما اذا فصلت لفة من الاليم فانها لا تناقص الحياة أسابيع كثيرة ويحصل الموت من انثقاب فى اللفة والتهاب

بريتونى لا من التكسيميا . فاذا صرفت اللفات فوق اللفة المسدودة خارجا أو فى الامعاء تحتها أو اذا استمر غسيل اللفة المسدودة فان الحيوان يعيش مدة أطول كثيراً وأيضاً اذا سخنت محتويات اللفة الاثنى عشرية الى درجة ٦٠ مئوية مدة ساعة ثم رشحت وحقنت داخل وريد أو فى بريتون حيوان فانه يموت بالاعراض المذكورة آنفاً سريعاً لذلك يمكن احداث مناعة عند الكلاب بحقن أجزاء صغيرة تزيد بالتدريج من هذا التكسين وأيضاً اذا وصل الاثنى عشرى بما فيه القناة الصفراوية والبنكرياسية بالأليم فيتصرف فيه وحصل أن الججينم انسد بعد ذلك بعدة أسابيع فى جزئه العلوى فان الكلاب يمكنها ان تعيش ضعف المدة التى كانت تعيشها لو لم يوصل الاثنى عشرى قبل الانسداد وهذه النتائج لاتبرهن فقط على ان الاثنى عشرى بزوائده من الكبد والبنكرياس لايوجد التكسين الذى يسبب موتا كالذى يسببه الانسداد المعوى بل يوجد هذا التكسين بكمية لا تعادلها كمية أخرى فى أى جزء آخر من الامعاء

كنه التكسين

لم يعلم بعد كنه التكسين ولكن افتراض أنه ينتمى الى احدى مجموعات المواد الكيماوية السامة المتخلفة عن تحليل المواد الزلالية مقبول غالباً كالبرتيوز والامين والنيرين والكولين Proteoses , Amines , Neurines, & Cholines ولقد فصل جملة جماعات من الباحثين برنيورا فى درجة من النقاء الكيماوى يكاد يكون تاماً من لفة الاثنى عشرى المنسدة وبحقن هذا البرتيوز أحدث موتاً عاجلا بجملة الاعراض المذكورة آنفاً ولكن الغالب مع ذلك هو أن جملة من المتحصلات النهائية لتحليل البروتين موجودة فى الامعاء المنسدة وكلها فعاله فى احداث الموت .

منبع التكسين

فى بحث منبع أو أصل التكسين يمكن افتراض ثلاثة فروض (١) الغذاء (٢) العصارة الاثنى عشرية (٣) أما منفردة أو مع الصفراء أو القصارة البنكرياسية (٣) وأما متحصلات تأثير الميكروبات على محتويات الامعاء وقبل أن نورد الادلة لاضعاف أو مساعدة هذه الفروض نقول أن نتائج التجارب العملية لم تبين بوضوح الى الآن أصل التكسين ولكنه مفروض غالباً أنه لم ينشأ من بروتين الغذاء لانه تكون فى لفة الاثنى عشرى المنسدة فى كلاب صائمة مدة ساعات وفى لفة من الاثنى عشرى اعتنى بغسلها جيداً قبل سدها ويمكن تقديم جملة نقط على ان التكسين ليس من أصل ميكروبى منها انه كلما كان الانسداد أعلا كان الموت أسرع مع أن عدد الميكروبات أقل وأيضاً فصل لفة من الاثنى عشرى الذى لا يحتوى الا قليلا من الميكروبات أن وجدت مميت سريعاً مع انه اذا فصلت لفة من الاليم أو القولون على كثرة وجود الميكروبات بهما لايضاد الحياة مدة طويلة على انه لا يزال كثير من الباحثين يتمسك بأصل التكسين الميكروبى ويقدمون على ذلك براهين كثيرة فمثلا قد برهن على ان افراز الاثنى عشرى الطازج الطبيعى الذى لا يوجد به عذاير لا يكون ساما ويمكث كذلك غير سام ما امتنعت منه الحياة الميكروبية أما اذا وضع فى الفرن بمحتوياته الميكروبية فانه يتكون تكسين فى الحال وبخفته يحدث اعراضاً كالتى تحدثها الحقن من اللفائف المسددة وآخرون — وأخصهم ورابر Wraper الذى عمل تجارب على مئات من الكلاب — يتمسك بأن أصل التكسين افراز طبيعى من الاثنى عشرى وملحقاته وهما الكبد والبنكرياس وانه يفقد سميته بالغشاء المخاطى للججينم والاليم فى الحالة الطبيعية أما فى حالة الانسداد فيمتنع ذلك وبالعكس ينحبس الافراز فى الاثنى عشرى

ويمتص من هناك ويحدث اعراض التسمم كالاصل . واثباتاً لذلك جرب تغذية الكلاب التى عندها انسداد فى الاثنى عشرى بالغشاء المخاطى للكَكينم والاليم من الكلاب السليمة فعاشت ضعف المدة . وآخرون جربوا أن المحتويات السامة للفات المنسدة التى تحدث الموت بحقنها فى الوريد أو البريتون سريعاً لا تحدث ضرراً ما اذا حقنت فى امعاء الكلاب الطبيعية . وعلى ذلك يعتقد هو أن التكسين كيماوى فى الكنه يشابه البروسكرتين « prosecretin »

العوامل المساعدة

انه من المهم ان نلاحظ أن اعراض الانسداد العالى تشابه اعراض التهاب البنكرياس الماء ونحن نبحث فى كنه التكسين خصوصاً وقد برهن بالتجربة التالية أن افراز البنكرياس فى الاثنى عشرى ضرورى لتكوين التكسين اذا ربطت قناة البنكرياس و بعد ذلك ببعض أسابيع عمل انسداد غالى فى الاثنى عشرى فان الكلب يعيش ضعف المدة لو وصلت افرازات البنكرياس للاثنى عشرى (٢) اذا عمل انسداد فوق قناة البنكرياس تماماً فان الموت يتأخر كثيراً كما لو عمل تحت فتحة القناة تماماً أما عن وجود الصفراء فقد برهن ورابر ان انسداد الاثنى عشرى لا يتأثر بوجودها ولا عدمها

ومع أن نظرية التكسيما هى المقبولة عند أغلب الباحثين الا أن النظرية الثالثة التى ذكرتها لا تعدم انصارا وهى تقليل الدم فى الدورة العامة وتخصيص مائية الانسجة وفقر دم المخ التى يسببها (١) الصدمة التى تشل مجموعة الاحشاء فتحدث احتقاناً فى الدورة البابية (ب) زيادة الافراز السائل داخل الامعاء (ج) القىء وهذه الثلاثة ظواهر تحدث فعلا ولكن أظن أن الاولى فقط — الصدمة — هى التى يكون لها تأثير حقيقى فى الموت مع انه صغير . وأما الظاهرتان الاخريان فهما نتيجة مباشرة لوجود المواد السامة فى القناة المعوية

والدورة الدموية . والقائلين بهذه النظرية يومئون الى النتائج الحسنة التى تنتج بأدخال كميات كبيرة من محلول الملح فى الدورة ولكن بالنظر الى الحقائق جميعاً أرى أن هذا التحسين يمكن تفسيره احسن بأن كمية محلول الملح تقلل تركيزه فى الدورة الدموية على الاقل . ولقد برهن بالتجربة على أن حقن البلوكار بين لمدة أربعة أيام اوالصوم سبعة أيام أو سد الاثنى عشرى لمدة ثلاثة أيام تقلل كمية مائية الانسجة بنسبة واحدة تقريباً ومع ذلك لم تظهر اعراض تسمم شديدة بعد حق البلوكار بين أو الصوم أما سد الاثنى عشرى لمدة ثلاثة أيام فقد أحدث موتاً بنفس الاغراض المذكورة آنفاً . وانا لم أعثر على تجارب عملية عملت فى هذا الموضوع فى الجزائر البريطانية الا ماعمله ولكى Welkie فى ادنبرج وتستخلص من تجاربه أن سبب الوفاة هو قلة المائية فى الانسجة ويبنى ذلك على أنه بالتجارب على القطط فقط لم يمكنه أن يحدث موتاً بحقن محتويات اللفائف المنسدة من قطة فى أخرى ولكن باحثاً آخر وجد أن القطط يتكون فى أمعائها المنسدة تكسيناً تتمتع القطط الاخرى بمناعة ضده أما اذا حقن هذا التكسين فى الكلاب فانها تموت بأعراض مشابهة

الخلاصة

أظن أنه يمكن استخلاص النتائج الآتية من كل هذه التجارى العملية :

(١) أن السبب المهم فى الوفاة من الانسداد المعوى هو تكسين يتكون فى الاثنى عشر غالبا ومع أنه لا يمتص فى حالة الامعاء الطبيعية فأنه يمتص فى الحالات الموجودة فى الانسداد

(٢) ان التركيب الكيماوى لهذا التكسين لم يعلم بالضبط ولكنه يكاد بالتحقيق أن يكون واحداً من المواد السامة التى تنتج من تحليل البروتين

(٣) وكيفية تكوين هذا التكسين لم تعلم بالضبط أيضاً ولكن وجود

العصارة البنكرياسية وتأثير الحياة الميكروبية بدرجة أقل ضروريان لايجاده
(٤) مع أن الاثنى عشرى هو مركز التكسين المهم فى الانسداد الا أن المواد السامة تتكون فى الامعاء تحت ذلك ويظهر أن الحياة الميكروبية لها تأثير مهم فى ايجاد هذه السموم . تأثير تزيد أهميته كلما كان الانسداد أوطأ

ويجب أن تدعم هذه التجارب وهذه الاستنتاجات بالنتائج الاكلينيكية . هل تثبت هذه النتائج أمام ضوء التجربة ؟ أنا أعتقد أنها تثبت معظمها . فغالبية الجراحين العظمى تعتقد أن التكسيما هى السبب المهم فى الوفاة فى الانسداد المعوى بناء على تجاربهم الاكلينيكية وبقطع النظر عن التجارب العملية ابتداء . وأيضاً كلهم مجمعون على فائدة الحقن الملحية الكبيرة فى حالات الانسداد . الفائدة التى يمكن تفسيرها أحسن بنظرية التكسيميا عن نظرية قلة المائية فى الدورة العامة . ويساعد نظرية التكسيميا بشدة أن غسيل المعدة مهما كانت فائدته فى كل الانسدادات المعوية فان فائدته اكثر فى تمدد المعدة الحاد . وكل الحالات التى عملت عليها صفة تشريحية فى تمدد المعدة وجد أيضاً الاثنى عشرى متمدداً

ومهما يكن سبب هذا التمدد فان الحالة تطابق تماماً ما ينشأ فى التجارب العملية غالباً التى بنيت عليها نظرية التكسيميا فالغسيل اذن يمكن عزو فائدته الى اخراج هذه السموم . وأيضاً يمكن القول عن النتائج الجيدة للغسيل فى بعض الحالات التى تعقب وصل المعدة بالامعاء حيث يظهر أحياناً انسداد مؤقت — وظيفى « Functional » ومسبب عن تأثير العملية — فى تأثير هذا الغسيل على تسيير محتويات المعدة والامعاء . ومع أنى أعتقد أن التكسيميا هى السبب المهم فى الموت الا أنها تكون نادراً ان أمكن ذلك السبب الوحيد . وأيضاً لا تفسر هذه النظرية كل الظواهر فى حالات انسداد كثيرة . فمثلا فى حالات الاختناق الحادة التى يحدث الموت فيها سريعاً لا يمكن أن

تكون التكسيميا الا ذات تأثير قليل ففى حالات الاختناق عندنا حالتان : لفة مسدودة ومنقطع عنها الغذاء الدموى وفوق ذلك عندنا جزء من الامعاء منسد فقط فاذا تكوّن التكسين فى اللفة المختنقة لا يمكن امتصاصه بسرعة وقد يحدث الموت بسرعة قبل أن يمضى الوقت الكافى لتكوين تكسين يمتص من الامعاء المسدودة فقط فهذه الوفيات يلزم أن تكون سببها الصدمة . ولقد كان من تجاربى الشخصية أنى اذا سألت المريض بفتق مختنق سؤالا دقيقاً عن القىء أخبرنى أو أخبرتنى أن القىء ابتدأ بالاختناق ثم انقطع مدة من ٦—٨ساعات ثم عاد ثانية وأنا أعتقد أن القىء الابتدائى سببه الصدمة والقىء الثانى سببه التكسيميا . ولأجل ذلك أظن أن الصدمة تسبب الوفاة اكثر مما أثبتته التجارب العملية وأنها سبب الوفاة المهم فى حالات الاختناق وتسبب غير ما تسبب كثرة امتلاء الدورة البابية . وأنا أريد أن أقترح فى الخاتمة أن التكسيميا جزء مهم فى سبب الوفاة فى حالات التهاب البريتون الحاد القيحى ولقد كنت أعتقد من مدة أن سبب الوفاة فى هذه الحالات ليس هو الامتصاص القيحى من البريتون الملتهب وانما يموت المريض بأعراض انسداد معوى . وفى نظرى يوجد ثلاثة أسباب تعمل فى التهاب البريتون الحاد (١) الصدمة (٢) الامتصاص القيحى من سطح البريتون (٣) التكسيميا من الامعاء حيث يكون الجزء المتأثر منها فى حالة شلل سبب انسداداً . وهذه الثلاثة عوامل لا بد أن تزيد تدريجياً كلما امتد الالتهاب وأنا أظن أنه اذا امكن مقاومة الصدمة والتكسيميا فانه يمكن مد حياة المريض حتى تتمكن قوة مقاومة البريتون العجيبة من التصلب على العدوى وانى أعتقد أننى قد نجيت حالات ما كان يظن شفاؤها بحقن المرفين ومحلول الملح الجليكوزى لمقاومة الصدمة والتكسيميا وأيضاً بمهاجمة مكان ايجاد التكسين بعمل عملية فتح الامعاء فى الجزء العلوى منها والعملية التى عملتها كانت على شاكلة فتح المعدة

بطريقة وتزل Witzel's

توضع قسطرة كاوتش نمرة ١٢ فى تجويف الامعاء بخرق صغير ثم تثبت مكانها بغرزه واحدة من الـكاتجى ثم يدفن البوصتان المجاورتان فى جدار الأمعاء بخياطة متصلة دفينة Infoldis stitch والطرف الثانى ينفذ من خرق فى السرب كما وصف مايو Magys قبل أن يمر من جدار البطن خارجاً ثم يثبت فى طرف القسطرة أمبوبة طويلة تصب فى وعاء تحت السرير فعملية فتح الامعاء بهذه الطريقة تساعد فى استخراج المواد السامة كما أنها تسهل ادخال محلول الملح الجلوكوزى فاذا زالت ضرورة التصريف أمكن استخراج الامبوبة وما دامت الفتحة فى الامعاء صمامية واستخدمت طبيعة السرب الالتصاقية لا يخرج من محتويات الامعاء الا قليل وكل تآكل فى الجلد يمتنع . والنتائج التى حصلت عليها بهذه الطريقة مشجعة جداً وأنى مقتنع أن استعمالها فى حالات منتخبة يجب أن يزداد تجربته وخصوصاً وأنها مبنية على أساس متين من التجارب العملية على ما يظهر

حالة تآكل فى الاظافر

للدكتور نجيب اسكندر

المريض طالب بالمدارس الثانوية أصيب من سنة بتغير فى لون بعض الاظافر أعقبه تآكل فى الأظافر . وهذا التآكل ظهر فى أغلب أصابع اليدين والرجلين بدرجات مختلفة من حيث امتداده (ملليمتر الى ثلث الظفر)

وعند ما عرض علىّ المريض لم أهتد الى تشخيص المرض ولم أتمكن من تطبيقه على الأمراض المعروفة التى تصيب الاظافر مع ندورتها (زهرى — سوريازس — قراع الخ الخ)

ففكرت فى كحت القشور السطحية من تحت الظفر واستخرجت منه القشور العميقه الى حد ما وأجريت زرعها على بيئة أجار مضافاً اليها سكر المالتوز . فظهرت مزرعة نقيه بفحصها وجدت أنها من نوع الخميرة فهى على شكل بيضاوى وبها البروز ولونها مائل الى البياض على سطح البيئة وعند معرفة نوعها ومصليتها سأخبر حضرتكم عنها وهذا يستغرق بعض الزمن (وقد عرض الزرع وتحضير ميكروسكوبى منه والمريض)

وعلى ذكرى الخميرة أقول أن مميزاتها عن التخمير والنوع الكئودلى منها أول من فكر فيه ليبنى وعزاه الى تفاعل كائن حى . وأول من وصف الخميرة هو ليونهوك سنة ١٦٨٠ اذ قال أنها أجسام كروية مستديرة أو بيضاوية وفى سنة ١٨٢٥ أظهر بعض العلماء أن خميرة البيرة والنبيذ مكونة من خلايات تتكاثر بواسطة بروز

وفى سنة ١٨٣٩ وصف شوان وجود اندوسبور فى الخميرة والغاية باستور كان الرأى السائد أن خميرة البيرة تتكاثر من وضعها فى وسط سكرى وان الخميرة بها قوة خفية وان عملية التخمير نتيجة تفاعل حادث ولكن باستور أوضح سنة ١٨٩٥ بتجاربه المشهورة أن عملية التخمير هى نتيجة مياه الخميرة وظواهرها وان التفاعل الحادث لا أصل له بعد أن أوجد طريقة الزرع النقى

ويرجع الفضل الى هانزن فى فصل أنواع الخميرة بواسطة المزارع النقية ودراسة خواص كل واحدة على حدة

ولقد تقدم الفن كثيراً باكتشاف التريماس فى الخميرة وعملية التخمير الكئودلى .

العلاج

عند ما ظهر أن المرض هو من أصل خميرى فكرت فى تجربة ثلاثة ادوية لمعرفة أيها انجع وبما أن المريض من طلبة القسم الثانوى أوكلت اليه تحقيق

هذه العملية بأن يستعمل لكل مجموعة من الاصابع أحد الأدوية باستمرار وكان يأتى لزيارتى كل أربعة أيام أو اسبوع

أما الادوية التى استعملتها فهى : ١ — صبغة اليود وذلك لتأثيرها المعروف فى مكافحة الامراض الجلدية الطفيلية فى كثير من الاحيان

٢ — الكريزاروبين ويستعمل بنسبة ٢ — ٦٪ مرهم (استعملته سائلا فى هذه الحالة لامكان وصول الدواء الى الاجزاء الغائرة تحت الظفر . وهو سريع التأثير فى الامراض الجلدية الطفيلية التى من نوع التريكوفيتون Ringworm

٣ — سائل فلورير النوشادر بنسبة ١٠٠/١ وقد فكرت فى استعماله لأنه سبق واستعمل لمكافحة التخمر فى بعض الصناعات كما اشار الاستاذ روبن من باريس .

ونتيجة هذه العلاجات فى وقت واحد أظهرت بمقارنتها بعضها لبعض أن أقواها مفعولا دواء الكريزاروبين وقد شفى المريض بعد ثلاثة أسابيع تقريباً من ابتداء العلاج .

علاج الزهرى بالبزموت

الدكتور نجيب اسكندر

محاضرة

على أثر المباحث التى أجراها ليفاديتى العالم البكتريولوجى المعروف وتوفقه الى اكتشاف تأثير أملاح البزموت على تريبونيما الزهرى وتجربة ذلك على المرضى بواسطة فورنيه من أطباء باريس الاخصائيين فى الامراض الزهرية

اهتمت المعامل الكيماوية بتحضير الاملاح البزموتية المناسبة بالمقادير اللازمة ووضعها داخل أمبول معقمة جاهزة للاستعمال . وقد أتيح لى أن جربت احدى هذه التحضيرات المسمى سبريلان فى بضعة أحوال عرضت علىّ رأيت من الملائم عرضها على حضراتكم . وملح البزموت هذا هو هيدروكسيد البزموت . معلق فى سائل مائى وكل أمبول بها ٢٠ سنتى جرام معلقة فى اثنين سنتى متر مكعب من الماء

والحقنة تعمل عضلية ويستحسن الابتداء بنصف أمبول وتكرير البول قبل و بعد الحقن والحقنة تعمل فى خمسة أيام اذا لم تتأثر الكلى ودليل التأثر الزلال وقد يحدث مغص أو اسهال أو التهاب لثى كما يحدث فى الحقن بمركبات الزيبق وهذه تستدعى ايقاف الحقن مدة معينة ريثما تذهب كل الاعراض وتقليل المقدار فى الدفعة التالية والاحوال التى استعملت فيها هذه الحقن

١ — حالة قرحة صلبة أعطيت للمصاب بها حقنتين نيوسلفارسان ٩١٤ بمقدار ٤٥ سنتى جرام كل حقنة و بعد عشرة أيام كان التحسن ضعيفاً رغماً عن أخذ المريض ثلاث حقن وريدية من سيانور الزيبق ٠.٠١٥ جم . فجربت حقنة البزموت و بعد ٢٤ ساعة كان التحسن أوضح منه فى العلاج السابق و بعد الحقنة الثانية زالت القرحة تماماً

٢ — مريض بضمور فى العصب البصرى وسمعه قليل جداً عالجته من أربع سنوات تقريباً بحقن زئبقية وليبيورول من وقت الى آخر وكان تحسنه قليلا من هذا العلاج . وسابق اصابة هذا المريض بالزهرى ترجع الى عشرين سنة . وكانت حالته قد وقفت عند حد معين وقد خطر لى أن أجرب فيه حقن الزئبق وهو من المرضى الذين يقدرون نتائج العلاج تقديراً صائباً فهو على جانب من الكفاءة العقلية وكان سابقاً طالب طب وقد لاحظت أن حالة

السمع تحسنت ولاحظ هو تأثيراً طفيفاً فيما يختص بالنظر وتحسناً واضحاً فيما يختص بنشاطه العام

٣ — مريضة تبلغ من العمر ٥٥ سنة سبق أن عالجتها من سنتين بحقن ٩١٤ لاصابتها بعمه Enmme بالترقوة وقد شفيت هذه الغمه من أربع حقن ٩١٤ والتحسن كان واضحاً بعد الحقنة الثانية وقد عادت الغمه الى الظهور هذه السنة فى نفس الموضع وقد عالجتها هذه المرة بحقن البزموت وقد ظهر الشفاء بعد الحقنة الثانية . وصحب هذا الحقن تجدد واضح فى نشاط المريضة

هذه بضعة أحوال رأيت فى عرضها على حضراتكم موالاتنا بما يقع تحت نظركم من المشاهدات بهذا العلاج الجديد لكى تشفع بمعلومات وتجارب بعضنا البعض فنعيد الأمور الى نصابها هذا وقد سبق ونقلت فى المجلة الطبية المصرية فى أحد اعداد السنة الماضية مقالا طويلا للاستاذ ليفاديتى عن العلاج بالبزموت يحسن الرجوع اليه

المسهلات

(مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية)

الدكتور عبد الحميد العرابى

يقول الدكتور بدرو (Pedro) ان علم الطب فى أوائل القرن التاسع عشر كان يرتكز على ثلاثة أشياء - الفصد والمقيئات والمسهلات . فالفصد والمقيئات قد فقدا مركزهما الممتاز كأدوية عمومية أما المسهلات فلا تزال حافظة لمركزها العالى فكل شخص يمكنه أن يعطي مسهلا وان هذه العادة

الوراثية لا تزال متبعة عند الاطباء فالعائلة ترى أن أول شىء يعمله الطبيب هو أن يصف مسهلا . وان المسهلات أحياناً تحدث تفاعلا شديداً فى الامعاء. ويقول الدكتور بدرو (Pedro) انه لا ينسى أبداً حالة وصف لها مسهلا « كما يصفه أى واحد آخر » وقد توفى المريض بالسكتة القلبية حالما ابتدأ المسهل يعمل مفعوله . ويقول الدكتور بدرو ان هذا الرجل ربما كان سيموت بدون المسهل ولكنه يعتقد أن هذا المسهل كان عاملا قوياً فى هذه الوفاة. وكان الدكتور بدرو يعالج حالة مرض فى الصمامات ذات الشرافتين (Mitral Valve) وكان دائماً يعالجها بنجاح أثناء النوبة القلبية باعطائه أدوية مقوية للقلب ولكنه بينما كان غائباً عن البلدة أتى طبيب آخر أثناء النوبة ووصف له مسهلا وقد توفى المريض أثناء عمل مفعول المسهل

ولا توجد دلالة على اعطاء المسهلات فى الاحوال التيفويدية . وان التهيج الذى تحدثه المسهلات فى الامعاء يجعلها تمتص السميات بسهولة وان الخمسة الذين عولجوا بدون اعطاء المسهلات بين الاثنتى عشرة حالة للدكتور بيرلو (Burlureaux) الذين ظهرت أعراض التسمم من الاكل قد شفيوا بسرعة أكثر من الذين أعطى لهم المسهل

ويوافق الدكتور بدرو الذين يحرمون اعطاء المسهل فى أحوال التسمم بالبولينا (Uræmia) لأسباب شتى أهمها أن المسهل يقلل كمية البول ويخل النسبة بين المواد الأزوتية المنشقة من مواد غير آلية (Nonprotein) وبين المواد الازوتية الاخرى الموجودة فى الدم والبول

ثم أن كثيراً من الاطباء الآن قد تركوا عادة اعطاء المسهل قبل العملية ولم يوجد بينهم من ندم على ذلك

التشخيص بالشم

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

نقلا عن المجلات الالمانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

يذكرنا الدكتور نيدرمير (Niedermeyer) بأن حدوث رائحة مثل رائحة الجثة (Cadaverie odor) هى دائماً أبداً علامة على حصول الموت . وربما كان هذا هو السبب أحياناً فى تخلى الكلب عن سيده قبل أن يتمكن الطبيب من اعلان انذار المرض (Prognosis) . وفى حالتين توفى الجنين فيهما داخل الرحم كانت الرائحة ظاهرة فى نفس الأم الى أن استخرج الجنين من الرحم م؟

الادرينالين فى علاج الحروق

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

نقلا من المجلات الطليانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

يمتدح الدكتور بالازا (Bleza) مزايا اعطاء الادرينالين للمرضى المصابين بحروق شديدة مساعدة لهم أثناء مدة الصدمة العصبية . وفى الثلاث حالات التى وصفها كان التأثير حسناً جداً ولما أوقف اعطاء الادرينالين ساءت حالة المرضى ولما استؤنف استعماله تحسنت حالتهم ثانياً م؟

علاج الروماتزم بالحقن بالكازيين

« مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية »

نقلا عن المجلات الفرنساوية

للدكتور عبد الحميد العرابى

حقن الدكتوران روش (Roch) وكاتزنبلوجين (katzenblogen) من ½ الى ٢ سنتى متر مكعب محلول الكازيين (casein) بنسبة ١٠ فى المائة داخل العضل وكررا عمل هذه الحقن بعد خمسة أيام فى ستة وعشرين حالة مصابة بالروماتزم

وقد حصلا على أعظم النتائج فى الاحوال الحادة . أما فى الاحوال المزمنة نوعاً فانها أحياناً كانت تتأثر تأثراً حسناً . وقد شفيت حالة التهاب فى العصب الفخذى (Sciatica) تماماً . وهما ينصحان فى العلاج باستعمال هذه المادة الآلية (Protein) فقط كمساعد للعلاج بالسلسلات وليس بالنيابة عنه ؟

تقريظ الكتب ونقدها

أهدانا الدكتور عبد العزيز بك نظمى نسخة من مؤلفه « واجبات الطبيب » وهو يقع فى ١٧٣ صفحة مطبوعاً طبعاً جيداً فتصفحناه فوجدناه حاوياً لأهم الارشادات والنصائح التى ترشد الطبيب الى واجبات مهنته شارحاً ما يجب على الطبيب نحو زملائه ومرضاه ووظيفة الطبيب ومنزلته فى الهيئة الاجتماعية وقد تكلم بايجاز على كتمان أسرار المهنة وحرص الطبيب على جميع الاسرار التى تصل اليـه أو يطلع عليها بسبب مهنته وعلاقة ذلك بالقوانين

المصرية والاوروبية والشروع فى الزواج وقد أتى بعد ذلك على مسئولية الطبيب بالنسبة لمهنته وواجباته نحو المريض ثم أشار الى نظام الاستشارات الطبية وقواعدها والاطباء المستشارين وعلاقة ذلك بأسرة المريض وعلى علاقات الاطباء بعضهم ببعض بخصوص المرضى

فكتاب الدكتور نظمى بك جدير بمطالعة الاطباء والعائلات له على السواء وانا نحث الجميع على اقتناء هذا الكتاب النفيس لماحواه من الفوائد والمعلومات الجمة التى يجب على كل فرد حفظها ونتمنى له رواجاً عظيما م ؟

الى حضرات الكتاب والأطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وأن المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشا فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخهر الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الأطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماماً للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد


ميدى
مرهم ميدى
لبوس ميدى
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
ادرينالية
استوفاييه
انستيسيه
خلاصة ابو فروه الهندى جديدة وثابتة
للبواسير
حبيبات فوّاره
بيبرازين ميدى
لا بد من الاعتراف هنا بالمكانة العظمى التى يلقاها البيبرازين ميدى لدى جمهور الاطباء والمرضى وان الادوية الحديثة ما هى الا مسكنات ولا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لوشار
من ملعقتين الى ستة ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحصة البوليك

العدد التاسع | نوفمبر سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية
لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات: ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة: ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد التاسع | نوفمبر سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

علاج السكر بالانسولين

للدكتور محمد عبد الحى

زملائى الاعزاء

كل علاج حديث ككل شىء حديث له أشياع وأضداد . وجرت العادة أن يكون أضداده أكثر من أشياعه حتى اذا ما ظهر الحق وانبلج انقلب الاضداد اشياعاً واتباعاً

والأنسولين جرياً على هذا الناموس الطبعى صادف أضداداً أقوياء ولكن سرعان ما طواهم الحق الواضح وجعلهم من المخلصين

وانى فيما أسمعه اليوم لحضراتكم لا أعتمد على الطنطنة ذات الدوى ولكنى أعتمد على معتقدى الذى استخلصته من دراستى لهذا الدواء . ومن تجربتى الخاصة على حداثتها وفى كلمتى التالية أسمى الديابيت مرض السكر وأسمى الجليكوزوريا بالبول السكرى

أيها السادة

انه منذ اكتشف « توماس وديلليس » اكتشافه البديع عام ١٦٨٥ ميلادية بأن حالات مرض السكر يوجد فى بولها السكر . منذ ذلك العهد لم يعتن فى العالم الطبى بموضوع مثل الاعتناء الذى صادفه مرض السكر وبالرغم من هذا المجهود المستمر فاننا للأسف لا نزال نجهل كل الجهل ما هى ماهية التغيرات التى تطرؤ على البنية فتحدث مرض السكر وبالتالى البول السكرى . واننا لاشك لا نزال بعيدين بل بعيدين جداً عن نقطة العرفان بكنه هذه التغيرات وآخر ما قاله العلماء فى هذا الشأن قول الاستاذ « ماكليود Macleod » ان مرض السكر ينتج من عطل فى حلقة التغيرات فى تمثيل الكربوهيدرات من نوع الى آخر . فما هو نوع هذه التغيرات ؟ هـذا هو موضع الحيرة والارتباك وما أشبهنا اليوم كما يقول الاستاذ « ماكلين » بمهندس يجمع عدد آلة وكل ما أمكنه أن يفعله هو انه وضع بضع مسامير وصواميل فى محلها أما الآلة فلا تزال مفككة بين يديه ولكننا بالرغم من ذلك على الأقل نعلم الآن اذا كان أمامنا مريض ما وبوله يحوى السكر ، هل هو مريض بمرض السكر أولا والفصل بين مرض السكر و بين البول السكرى يجب ان يبدأ به قبل الجرى على العلاج

ولقد تخذ الاطباء عادة جروا عليها فى أنحاء المعمورة وهى ان كل مريض بالبول السكرى يعتبر مريضاً بالسكر وهذا أيها السادة خطأ يجب ان تعلو عنه مدارك الاطباء فى هذا العصر اذ يجب الفصل بين مرض السكر و بين البول السكرى من حيث هو ولقد يرى بعض الاطباء ان العلامة المميزة لمرض السكر هى قلة وجود السكر فى البول مع ارتفاع ثقله النوعى وهذه العلامة نقيضها هو العلامة تقريباً . أما العلامة الاكيدة والبرهان الذى لا يرد . فهو تقدير السكر فى الدم . حينئذ يمكننا ان نعلم مقدار التدخل المرضى فى تمثيل الكربوهيدرات ولقد علمتنا السنون الأخيرة التغيرات التى تحدث فى سكر

الدم فى كل من السليم والمريض . ويجب على كل طبيب يريد أن يأخذ مسئولية العلاج بالانسولين على عاتقه ان يدرس دراسة تامة كل هذه التغيرات

السكر فى دم السليم

اذا امتحنا دم السليم عند ما يستيقظ من نومه فى الصباح أو بعد مضى ثلاث أو اربع ساعات من تناوله الغذاء فاننا نجد أن نسبة السكر فيه هى ١٠ر٠ فى المائه أو واحد فى الف وقد تختلف قليلا عن ذلك نقصا أو زيادة ولقد كان الباحثون فيما مضى يظنون أن هذه النسبة ثابتة لا تتغير كما لا تتغير أيام الاسبوع ولكن العلم أثبت أخيراً أن ذلك خرق فى الرأى وان الحقيقة التى لامراء فيها هى أن سكر الدم يتغير من وقت لآخر تحت تأثيرات مختلفة أهمها تناول الطعام . وهذه التغيرات فى الشاب السليم تتذبذب حول النسبة المذكورة آنفاً . واذا أعطيناه ٥٠ جراما من السكر بالفم وامتحنا دمه بعد نصف ساعة فانا نرى لاشك أن النسبه قد ارتفعت ارتفاعا مدهشاً وقد تصل الى ١٧ر٠ واذا امتحناه بعد ساعة فان النسبة تنحط كثيراً عن ذلك ولكنها لا تكون طبيعية بعد . فاذا امتحناه بعد ساعة ونصف فان النسبة تكون طبيعية أو نحو ذلك وكذلك يكون الحال اذا استعيض عن السكر بالنشويات كالبطاطس والخبز ومن هذا يعلم جيداً مقدار التغير الذى يحصل فى الدم عند السليم بتأثير الغذاء فقط فان النسبة ترتفع فى نصف ساعة ثم تبدأ فى النزول لتكون طبيعية بعد ساعة ونصف أو ساعتين . وهذه الحقائق من شأنها أيضاً أن تلفت أنظارنا الى الوقت المناسب لاخذ عينة الدم لفحص كمية السكر فيها اذ يجب أن يكون ذلك بعد ساعتين على الاقل من تناول الغذاء وان مقدار ١٧ر٠ لا يدل على شىء اذا أخذ عقب أكلة مشبعة ولكنه يدل على شىء كثير اذا أخذ بعد فوات بضع ساعات . ولقد دلت التجارب على أنه من المستحيل أن يرفع سكر دم السليم الى أعلى من ١٧ر٠ أو ١٨ر٠ أو أزيد قليلا

فى بعض الاشخصاص وفى هؤلاء لا يمكن أن يرتفع أكثر من ٢٠ر٠ بحال من الاحوال مهما أخذ من النشويات والحلوى ولكن النسبة تستمر مرتفعة مدة أكثر كما دلت على ذلك مشاهدات الاستاذ « ماكلين » وفى كل هذه الاحوال لابد من رجوع النسبة الى حدها الطبيعى بعد ساعتين على الاكثر. ومن هذا يرى أنه من المستحيل احداث سكر فى البول مهما أخذ من السكر بالفم. وعلى ذلك ليس هنـاك فى الطب ما يجب أن يسمى « بالبول السكرى المعوى» فاذا فرض وظهر السكر فى البول بعد اخذ مقدار عظيم منه بالفم فان ذلك يدل فقط على ان الميكانيكية الخاصة بتمثيل الـكربوهيدرات قد داخلها الخلل والخبل ومن المحتمل فى النادر ان تعاطى كمية عظيمة من السكر يحدث سكرا فى البول ولـكن مثل هذه الـكمية لا يمكن ان يؤخذ دون ان يحدث قيئاً أو غثيانا ولذلك يمكننا ان نعتبر ان تعاطى كميات عظيمة من النشويات لا يحدث سكراً فى البول الا اذا كان هناك استمرار او ازمان عليه مدة طويلة فان ظاهرة هذا الضغط المستمر على المخزن من شأنها ان يتسرب جزء من السكر الى البول. اما اذا كانت الميكانيكية سليمة فان السكر فى البول لا يظهر مطلقاً لان الميكانيكية السليمة من شأنها أيضاً ان تنقص كمية السكر الزائد تدريجياً ولقد يظن ان ذلك راجع الى نقص الامتصاص من الامعاء ولـكن الرد على ذلك هو ان الامتصاص يستمر مدة طويلة بعـد ان يبدأ السكر فى التناقص حتى ان النسبة تكون طبيعية بعد ساعتين فى الوقت الذى يكون فيه الامتصاص من الامعاء على أشده والمظنون أن هذه الميكانيكية محلها الـكبد والمعروف ان كل السكر الذى يمتص يمر فى هـذا العضو قبل أن يتسرب الى الدورة وميكانيكيته السليمة لا تسمح بأكثر من المقدار المعلوم (١٨ر٠) ان يأخذ مجراه فى الدورة والباقى يخزن فى الـكبد نفسه وهكذا يحجز عن الدم. ومن المعروف ان هذه النسبة هى التى يتحملها الدم دون ان تتحمل الـكلى ازالة ما

يزيد . اذ كل زيادة عن هذه النسبة تتحمل الكلى مسئولية ازالته . وهذه النسبة اى ١٨ر٠ هى النسبة المعروفة بالكفاءة الكلوية للسكر وانها تختلف فى بعض الاحايين عند بعض الاشخاص فاذا نقصت عن هذا الحد الطبيعى ينتج منها « البول السكرى الكلوى » المعروف

السكر فى دم المريض

اذا أعطى السكر المريض بالسكر فان النتائج تختلف اختلافاً كلياً بالنسبة لما ذكر آنفاً بخصوص السليم ففى الاول تكون نسبة السكر فى الدم أعلى منها فى الثانى . ولكنها اذا نزلت أو أنزلت الى هذا الحد بالتغذية مثلا ثم أعطى المريض ٥٠ جراماً من السكر فان سكر الدم يزداد تدريجياً مدة ساعة أو اثنتين وتكون الزيادة بنسبة شدة المرض . ولما كانت الميكانيكية السليمة فى السليم هى التى تضبط هذه الزيادة الى حد الكفاءة الكلويه فان هذه الميكانيكية المريضة فى المريض ضعيفة عن أن تحفظ هذه النسبة من الزيادة فتزيد الى أكثر من الكفاءة الكلوية وحينئذ يظهر السكر فى البول حتما والنسبة فى هذه الاحوال ترتفع فى المتوسط الى ٣٠ر. وهناك ايضا ما هو ادعى للالتفات بالقياس الى السليم . ذلك ان مدة الارتفاع تكون طويلة . بل قد لا تعود الى حالتها التى كانت عليها قبل تعاطى السكر . اما فى السليم — كما قدمنا — فتعود فى مدى ساعتين

وعلى هذه الاسس المتقدمة فكر الكثيرون فى وضع النظريات التى تساعد على تشخيص مرض السكر والبول السكرى . وقد أجمع الباحثون على ان الطريقة المثلى هى طريقة الكفاءة لاحتمال السكر وهى عبارة عن اعطاء ٥٠ جراما من الجلوكوز مذابة فى مائة جرام من الماء وامتحان الدم كل نصف ساعة لمدة ساعتين فى بحرها لا يأخذ المريض طعاماً ولا شراباً . فاذا ظهر ان نسبة السكر فى الدم بعد الساعتين هى ١٠ ر . او حوالى ذلك فالحالة ليست حالة مرض

السكر على ان الرجوع الى النسبة الطبيعية قد يتأخر قليلا عند بعض المسنين والحكمة فى أخذ العينة كل نصف ساعة انما هى لمعرفة اقصى ما تصل اليه الزيادة

ظهر مما تقدم جلياً ان « البول السكرى » لا بد وان يكون مصحوباً بنسبة سكر فى الدم أعلى من ١٨ ر . فاذا نقصت هذه النسبة ولو قليلا فان السكر البولى يختفى بسرعة . ومعنى اختفاء السكر من البول ان السكر فى الدم هو اقل من نسبة الكفاءة الكلوية وهذه النقطة يجب ان نتذكرها دائماً حين الاقدام على علاج مرض السكر ويجب ان يكون دليلنا المقدس هو تحليل الدم لا تحليل البول وهو الذى يمكن الاعتماد عليه الى حد ما فى هذه التجربة فالمريض الذى يأخذ الكمية السابقة من السكر يفرغ مثانته بعد ساعتين ثم تمتحن العينة التى تفرغها المثانة بعد ذلك فاذا وجد فيها سكر فهى دليل على ان المريض مريض بالسكر فاذا لم يظهر السكر فى البول فهو دليل على ان المرض مرض البول السكرى فقط . ويجب ان نذكر تعزيزاً لوجوب امتحان الدم ان الكفاءة الكلوية عند بعض الاشخاص المسنين قد تصل الى ٣٠ ر . او تزيد وفى هذه الحالة يكون المريض مريضاً بالسكر . ونسبة السكر فى دمه أعلى من ١٨ر . وفى الوقت نفسه لا يوجد سكر فى البول وكم نغش بتحليل البول لو اقتصرنا عليه .

البول السكرى الكلوى :

لقد عرفنا فيما تقدم أن الكفاءة الكلوية هى ١٨ر . ولكن هناك بعض الاشخاص تكون كفاءة كلاهم أقل من ذلك ومن ثم تسمح بمرور السكر من الدم ولو لم تصل النسبة فيه الى نسبة الكفاءة الكلوية . وبما ان النسبة قد ترتفع طبعياً بعد الاكل الى ١٨ر . فمثل هؤلاء الاشخاص يظهر السكر حتما فى بولهم ويكونون مرضى « البول السكرى الكلوى » وكفاءة كلاهم تختلف من ١٠ر. الى ١٨ر . ومما لا شك فيه أن ظهور السكر فى البول فى هذه الأحوال

هو ظاهرة طبيعية لضعف الكفاءة الكلوية وهذه الظاهرة من جديد هى « البول السكرى الكلوى » وهذه الظاهرة — أيها السادة — يمكن الوصول اليها باعطاء الفلوردزين « Phloridzin » فباعطائه يظهر السكر بكثرة فى البول على ان نسبته تكون منخفضة فى الدم ومثل هذه الحالة كثيراً ما تحصل أيضاً فى ابان أشهر الحمل الاول وذلك بسبب ضعف الكفاءة الكلوية الوقتى . ومن ظواهر هذه الحالة أن السكر يظهر فى البول عقب الاكل فقط ثم يختفى بعد مضى ساعتين

فطريقة حصول البول السكرى الكلوى بسيطة فى ظاهرها كما نرى ولكن التغييرات الكلوية التى تحدث ذلك لا تزال سراً من الاسرار وهذه الظاهرة أو هذا المرض لا ضرر منه مطلقاً ولقد عرفت كثيرين من هؤلاء يتمتعون بالعيش الرغيد منذ عدد من السنين أذكر من هؤلاء على سبيل التدليل كهلا حضر الى أخيراً وقد أنهكه العلاج والجوع وأنهكه « الخبزالسن » « والفول السودانى » كما أنهكه الاطباء والوصاف الى حد أن صار شبحاً وكان بوله يحوى كمية كبيرة من السكر و « الاسيتون » وقد ملك عليه النحس كل مسالكه وانحطت حالته المعنوية والادبية وبدأت تظهر عليه علامات الشيخوخة وقد حضر الى ليعالج بالانسولين وما كان أشد دهشته حينما علم منى بعد فحص دمه أنه ليس مريضاً بمرض السكر . بل بالبول السكرى الكلوى . وقد سمحت له بالاكل والغذاء كما يشاء وأفهمته أن العرض الذى فى بوله عرض لا مرض . فسرعان ما انتعش وسرعان ما اختفى « الاستيون » من البول ولكن السكر يظهر فى بوله من آن لآخر وهذا لا قيمة له كما أسلفنا

ولكن هناك نوع من مرض السكر مصحوب أيضاً بضعف الكفاءة الكلوية . وهذا نادر بل ونادر جداً . ولم يشاهد « مكلين » سوى حالتين فقط . ولم أعثر لسواه على رأى فى هذا الصدد ولما كان البول السكرى الكلوى

كثير الانتشار على عكس مرض السكر فالسبيل للحقيقة يجب ان يكون فى تحليل الدم . اذ بذلك يتحاشى المريض الدخول فى سجن اختيارى من الاغذية المتعبة أو ان يتحمل نفقات باهظة فى العلاج مع خطر محقق اذا عولج بالانسولين وهو ليس مريضاً بالسكر بالشكل المعروف علميا . اذ ان مرض السكر شيء والبول السكرى شيء آخر

وهنالك نوع من البول السكرى قليل الحصول جداً وفيه ترتفع نسبة السكر فى الدم الى أعلى من الكفاءة الكلوية ولكنها تعود بسرعة طبيعية الى الحالة الطبيعية وفى هذه الفترة القصيرة يظهر السكر فى البول وماهية مثل هذه الحالات غير معروفة تماما ويجب أن تفصل عن مرض السكر الحقيقى وتشخيصها سهل جداً اذ يوجد السكر فى البول مدة ساعتين على الاكثر بعد تناول الغذاء ثم ينعدم بعد ذلك الزمن وهنالك أيضاً البول السكرى الناتج من تعاطى الخمر وكلنا يعلم مبلغ تأثير الكحول على الكبد ومبلغ أضعافه لقوة تخزين الجليكوجين ولذلك كثيراً ما نصادف سكراً فى البول عند المدمنين أو بعد أكلة تصحبها كاسات الصهباء وتشخيص هذه الحالات سهل اذا علم أن المريض تعاطى أو يتعاطى خمراً ثم كلف ان يمتنع عن الخمر يوما ثم فحص بوله فكان خالياً من السكر وهناك أيضاً البول السكرى العصبى الذى يعقب الانفعالات النفسية او التهيجات العصبية مثال ذلك البول السكرى الذى يظهر عند المتقدمين للقومسيون الطبى والذى لا يدل على شيء الا على التهيج العصبى والخوف ولذلك ارجو من حضرات الزملاء فى القومسيونات الطبية الا يتسرعوا فى الحكم على أمثال هؤلاء وطريقة التشخيص ان ظهور السكر فى البول وقتى فقط وان ليس هناك امراض اكلينكية اخرى وهناك كثير من العقاقير تحدث البول السكرى مثال ذلك خلاصة الغدة الدرقية (Thyroid) ولذلك يجب ان يكون الطبيب ملما بكل هذه الاحوال وان يبحث كل حالة

تتقدم اليه بامعان للفصل فيما اذا كانت الحالة التى أمامه حالة مرض بالسكر أو حالة بول سكرى ويجب أن نعرف ان مرض السكر نادر جداً اذا قيس بالبول السكرى الكثير الشيوع فالسكر فى البول كالزلال فيه قد تكون لها قيمة وقد لا تكون لها قيمة بالمرة

واذا التبس علينا الأمر أو داخلنا ولو بعض الشك فان تحليل الدم يضع حداً للتشخيص ومعنى معرفة التشخيص فى البداية معناه الشفاء التام فى غالب الاحيان

تحليل الدم .

لتحليل الدم طرق شتى ولكن الطريقة التى اعتبرها ناضجة وصالحة الى جانب بساطتها وسهولتها هى طريقة « ما كلين » وهذه الطريقة سننشرها فى المجلة الطبية ان شاء الله

العلاج بالانسولين .

ان الترتيب الغذائى الحديث يقترن دائماً باسم العلامة « الن » و« فون نوردن » بالرغم من المجهودات العظيمة التى بذلها فى هذا السبيل كثير من العلماء وذلك لأن « الن » على الخصوص قام بأكبر مجهود فى هذا الشأن . ولذلك يجب أن يقترن بكل كلام عن تغذية المرضى بالسكر اسم ذلك الرجل الذى قرن نظرياته بتجاريب واسعة فاقد قطع جزءاً كبيراً من بنكرياس الكبد جريا على طريقة « فون مهرينج »و« منكوويسكى » Von Mehring & Minkowisk التى جريا عليها فى أبحاثهما عن مرض السكر عام ١٨٩٠ والتى خرجا منها بنتائج أقلها معرفة الافراز الداخلى للبنكرياس وهذا هو الحجر الاول فى اكتشاف الانسولين اذا أضيف اليه اكتشاف «لتجرهان» للجزيرات قبل ذلك بنحو عشرين سنة . جرى ألن فى ترتيب الغذاء على نحو هذه التجارب فقطع كما قدمنا جزءاً كبيراً من بنكرياس الكلب تاركا جزءاً قليلا فوجد ان

حظ هذا الحيوان فى الحياة يترتب على ترتيب الغذاء فاذا أخذ كميات كبيرة من الغذاء يمرض بمرض السكر وتنتهى حالته بالكوما والوفاة . أما اذا اقتصر فى تغذيته على القليل فانه يعيش سعيداً الى حد ما وقد برهن بذلك على أن الكلاب المحرومة من البنكرياس يمكن أن تعيش ولكن على أقل ما يكون من الغذاء الذى يقوم بأودها

نعم . أن حالة المريض بالسكر ليست مطابقة تماما لحالة الكلب الذى قطع بنكرياسه ففى المريض تغيرات تحل بالبنكرياس وهذه التغيرات لا تطابق بحال قطع جزء من البنكرياس ولكن التشابه بالرغم من ذلك قريب

وقد شوهد أن المرض اذا استمر مهاجما بعنف قل أن يصلحه التنويع الغذائى بعكس ما اذاكان الهجوم ضعيفاً متقطعاً أو معتدلا فان التنويع الغذائى كما يقول « ألن » يكون ذا فائدة عظيمة . من ذلك يظهر جلياً السبب فى أن كثيراً من حالات السكر ذات الشكل المروع لا يصلحها الغذاء وهنا يتقدم الانسولين — أيها السادة — لاصلاح ما أفسده الدهر وتظهر أعجوبة خلق الأنسولين والاعجاب الشديد بمستكشفه

ان الغرض من التنويع الغذائى هو اعطاء المريض أقل ما يمكن مما يقوم بأوده مع عدم ظهور السكر فى البول وان امكن عدم ظهور الخلون أيضاً ولاجل هذا التنويع يجب أن نعرف جيداً القدر الذى يدخل فى الغذاء من أنواع الاغذية الثلاثة . الكربوهيدرات . والپروتين . والدهن . وأمام هذا التقدير يتساءل كل منا . ما هو أقل مقدار يأخذه المريض من هذه الانواع الثلاثة ؟ والجواب على ذلك يبدأ بوجوب معرفة قيم الغذاء المختلفة بوحدات الحرارة ووحدة الحرارة هذه أو السعر هى الكالورى « Calory » ومعناها المقدار الكافى من الحرارة لرفع لتر من الماء درجة واحدة من درجات سنتيجراد وان كل جرام من كل من الكربوهيدرات والبروتين يساوى أربع

وحدات واما من الدهن فتسع وحدات

ويمكن معرفة الوحدات اللازمة لكل شخص بالتقريب اذ يجب أن يكون لكل كيلوجرام من وزن الجسم ثلاثون وحدة . فمثلا اذا كان المريض يزن ٦٠ كيلوجرام فالذى يلزمه من الوحدات نحو ١٨٠٠ فاذا علمت الوحدات ينظر في تقدير الانواع الثلاثة داخل حدودها العددية وكيف نقسم الانواع ؟

انه من الضرورى جدا أن يدخل الجسم البروتين وان يدخله بنسبة جرامين وربع لكل كيلوجرام على الاقل فالرجل الذى يزن ٦٠ كيلوجرام يحتاج الى ١٣٥ جراما من البروتين

اما الكربوهيدرات فمن الصعب جدا اعطاء المريض أكثر من جرام لكل كيلوجرام وكلما قل كان ذلك أفضل ولكن هنالك طريقة لمعرفة مقدار ذلك وهى اعطاء مقادير مختلفة صغيرة متزايدة حتى يظهر السكر فى البول وهذا هو الحد الاقصى . وعلى هذين الاساسين المتقدمين يعرف مقدار الكربوهيدرات والبروتين مقدرا بالجرامات والوحدات . فالوحدات الباقية من الوحدات المقدرة للجسم يملؤها الدهن بنسبة جرام لكل تسع وحدات

وامام هذه التقديرات نطالب حتما بذكر قيم الاغذية المختلفة من حيث نسبة الاغذية الثلاثة فيها ليسهل على الطبيب عمل التقدير اللازم دون مشقة أو تعب . وبالرغم من أن هناك كتباً كثيرة جدا تشرح هذه التقادير ولكنى من باب اتمام الفائدة أضع أمام حضراتكم هذين الجدولين للعمل بهما عند اللزوم — فالجدول الآتى يبين نسبة الاغذية الثلاثة فى الاطعمة الآتية بنسبة المائة

الطعام	البروتين	الدهن	الكربوهيدرات	الوحدات
اللسان	١٩ر٥	٢٣ر٢	٠٠٠	١٣٤٠
لحم الضأن	٢٧ر٦	١٤ر٤	٠٠٠	١٠٧٨
الفراخ	١٦ر٣	١٠ر٢	٠٠٠	٧٣٠
البط	١٥ر٤	١٦ر٠	٠٠٠	١٠٨٥
الارنب	٢١ر٥	٢ر٥	٠٠٠	٥٠٤
السمك	١٨ر٩	٥ر٦	٠٠٠	٩٥٠
السردين	٤ر٣	١٢ر٧	٠٠٠	٦١٤
البيض	١١ر٩	٩ر٣	٠٠٠	٦١٣
اللبن	٣ر٣	٤ر٠	٥	٣٢٢
القشدة	٢ر٥	١٨ر٥	٤ر٥	٩٠٨
الزبد	١ر٠	٨٣ر٠	٠٠٠	٣٥١٠
الجبنة	٢٥ر٢	٣٣ر٧	٢ر٤	١٩٥٠
الخبز الابيض	٩ر٢	١ر٣	٥٣ر١	١٢١٥
المكرونة	١٠ر٩	٠ر٦	٧٥ر٩	١٦٣٦
الارز	٧ر٤	٠ر٤	٧٩ر٢	١٦٢٠
السكر الابيض	٠٠٠	٠٠٠	١٠٠	١٧٩٠
السكر السنترافيش	٠٠٠	٠٠٠	٩٥	١٧٠٠
المربى	٠ر٦	٠ر١	٦١ر٠	١١٤٥
الزبيب	١ر١	٣ر٨	٦٩ر٣	١٤٨٠
الفول	٢٣ر١	٢ر٣	٥٣ر٦	١٥٢٠
العدس	٢٤ر٨	١ر٨	٥٤ر٨	١٥٥٢
البسلة	٢٢ر٦	١ر٠	٥٣ر٢	١٤٦٤
البندق بقشره	١٦ر٠	٦٠ر٠	١٢ر٠	٣٠٤٠
البطاطس	١ر٨	٠ر١	١٤ر٧	٣١٠
البصل والكرات	١ر٣	٠ر٣	٨ر٠	١٨٤

الطعام	البروتين	الدهن	الكربوهيدرات	الوحدات
الخضروات	١ر٤	٠ر٢	٤ر٨	١٤٥
الطماطم	٠ر٩	٠ر٤	٣ر٩	١٠٥
الموز	١ر٣	٠ر٦	٢١	٤٤٠
الفواكه فى المتوسط	٠ر٤	٠ر٥	٨	١٨٠
البيرا	٠ر٦	٠٠٠	١ر٣	٣٥

والجدول الآتى يبين مقدار الكربوهيدرات فى الخضروات والفواكه الآتية بنسبة المائة

الاقسام	المقدار	النوع
(ا)	٣ جرام	الكرنب . الخس . الاسباناخ . الخيار . الاسيرج . القرع . الطماطم . المقدونس . الفجل . العنب
(ب)	٦ جرام	الكراث . البصل . القرنبيط . الفول
(ح)	٩ جرام	البرتقال . الفراولا . التوت . الخوخ الاناناس . البطيخ
(د)	١٢ جرام	البسلة . الكمثرى . التفاح الكريز . المشمش
(ه)	١٨ جرام	البطاطس . البرقوق . الموز

وبهذين يمكن عمل التقدير الغذائى الذى يجب ان يكون مع الانسولين جنبا الى جنب أما الانسولين فكلمة موضوعة منذ زمن بعيد للافراز الداخلى المتوهم للبنكرياس والذى عرف بتأثيره على الكربوهيدرات قبل أن يفصله « بانتنج » و « بست » بمساعدة « كواليب » القيمة أما كون الكلمة جديدة

فى الطب كما ظن ذلك بعض الاطباء ومنهم الاستاذ العلامة « اوتوليتون » فردود وقد وردت الكلمة فى قاموس « استيدمان » المطبوع سنة ١٩٢١
أما الطريقة التى يحضر فيها الانسولين فهى التى وضعها كوليب وليس هنا محل تفصيلها انما يمكن ان يقال أنها عملية تترتب على الترسيب الجزئى بالكحول وهى كما جاءت فى المجلات الطبية كما يأتى اجمالا يؤخذ بنكرياس الثور ويستخلص فى الكحول الخفيف ثم يضاف الكحول القوى ليرسب الخمائر و بعد ذلك يصفى السائل على درجة باردة حتى لا تنمو هذه الخمائر والسائل المتحصل عليه من التصفية يركز فى الخلو على درجة باردة وتزال المواد الدهنية بغسلها بالاتير ثم تركز الخلاصة بالتبخر ثم يضاف اليها الكحول ثم تركز بالآلة الرحوية ثم ترسب بالكحول ترسيبا جزئيا والباقى من العملية سر من الاسرار الى الآن

والانسولين مادة بيضاء قابلة للذوبان فى الماء وفى الكحول وليست بروتينا ويمكن تسخينه على حمام مائى فى درجة الغليان لمدة عشر دقائق دون تأثير على قوته ولكن غليانه نفسه لمدة ثلاث دقائق يتلفه يؤخذ من ذلك ان الانسولين لا يتلف بسهولة كما قرر ذلك المجمع العلمى البريطانى

مصادر الانسولين

مع ما هو معروف فى أن الانسولين هو الافراز الداخلى للبنكرياس فانه يوجد أنسولين أو مادة تشبه الانسولين فى خواصها وتوجد فى بعض المواد الحيوانية والنباتية وتوجد أيضاً فى الخميرة مادة تشبه الانسولين تماما فى فعلها على الدم كما بين ذلك ونتر Winter واسمث Smith وأظهر كوليب Collip أن أطراف البصل الاخضر تحوى مادة تشبه الانسولين وتخفض السكر فى الدم وكذلك توجد هذه المادة فى الخس ويسميها جلوكوكينين Glycokenin

ولعل لسان الحمل المعروف بتأثيره العجيب فى مرض السكر والذى عرف فى مصر منذ زمن بعيد تعود خاصيته هذه الى وجود الجلوكوكينين فيه بكثرة

أو الانسولين النباتى

كيف يعطى الانسولين

يقول ماكلويد فى محاضرته الاخيرة فى ليڤربول يوم ١٧ سبتمبر الماضى أنه يعطى الانسولين بالحقن تحت الجلد وفى الوريد فى الاحوال الحادة وأنه يمكنه أن يعطيه بالفم أو بالدلك فى الجلد فى الاحوال التى لا تحتاج لعناية شديدة وقد عمل تلفار مرهما من الانسولين اساسه الشحم وجربه فى الارانب وقال بامكان ادخاله بهذه الطريقة فى الدورة الدموية وكذلك مكنزى واليس الذى يقول باختراعه انسولين يصلح للتعاطى بالفم

ويقول پولتون Voulton بان بعض الامتصاص يحصل من الغشاء المخاطى للانف أو بطريق الكى الاثنا عشرى هذه الطرق المختلفة لم يجمع عليها أهل الرأى ومن رأى ماكلين وهو الرأى الشائع أن الانسولين يجب أن يعطى حقنا تحت الجلد والا فائدة البتة منه اذا أعطى بطريق الفم أو الشرج أما بطريق الوريد فيكون ذلك فى الاحوال التى يكون فيها هبوط فى الدورة . وفى تحضير الانسولين يجب العناية أو فوق العناية بجعله عقيما لان البنكرياس عرضة للتلوث من محتويات أمعاء الثور الذى يؤخذ منه البنكرياس

وعلى ذكر البنكرياس والسكر نقول ان البنكرياس معروف فى لغتنا بالحلويات ومعروف فى لغة الانجليز بالخبز الحلو ولا أدرى أية علاقة لهذه التسمية الظاهرة بعمله الداخلى فى السكر

أما وقد ظهر الانسولين صالحا مطهراً للاستعمال كما يشاء الطب الحديث ومقداره يقاس بالوحدات والوحدة هى المقدار من الانسولين الذى يخفض دم ارنب كبير جائع الى ٠٫٠٤ فى مدى ساعتين وهذه الوحدة هى ثلاثة أصناف وحدة الانسولين ومقداره الطبى من ٥ الى ٢٠ وحدة وان كل وحدة تجعل المريض قادراً على أخذ من جرام الى أربعة من الكربوهيدرات فى الوجبة التى

تلى الحقنة :

الاعراض التى تنجم عن أعطاء الانسولين

الانسولين دواء فعال جداً وفى الايدى غير المجربة يوقع فى مصائب جمة فانه اذا أعطى بمقدار أعلى من المقدار اللازم فان المريض يشكو من ساعة الى خمس ساعات بأعراض غريبة قد تأتى جماعة أو فرادى وتنحصر تقريباً فى احتقان الرأس واحمرار الوجه أو اصفراره والدوخة والدوار وعدم التوازن والعرق والجوع الشديد والاغماء والقىء وضغط أو ضيق حول الصدر ومن أعراضه أيضاً زيادة النبض فى الاطفال والارتجاف فى الكبار وضياع الحركات الدقيقة من الايدى فاذا لم تعالج هذه الاعراض فى بدئها فمن المحتمل ظهور الغيبوبة ويظهر أن هذه الاعراض سببها يحصل بالتأثير على المراكز العصبية وليس ذلك راجعاً على ما يظن الى قلة السكر فى الدم بل الى انفكاك توكسين كان مرتبطاً بالسكر الكافى فى الدم وهذا التوكسين هو الذى يؤثر على تلك المراكز ويحدث هذه الاعراض ومجرد أخذ كمية بسيطة من السكر يعيده الى الاعتقال ويزيل كل هذه الاعراض ولذلك لا يوجد خطر يذكر فى استعماله طالما كان المريض يفهم جيداً كيف يجب أن يأخذ كمية من عصير العنب أو البرتقال أو القصب أو كمية من السكر أو من الشربات أو أقرب المتناول من الحلوى عند ظهور أى عرض من هذه الاعراض ومن واجب الطبيب أن يلزم مرضاه بحفظ قدر معلوم من السكر فى جيوبهم أما اذا شوهد المريض وهو فى حالة غيبوبة من نقص السكر فى الدم فاما أن يعطى السكر حقناً تحت الجلد أو فى الوريد أو باعطاء حقنة من الابينفرين أو الادرينالين حتى اذا ما أفاق قليلا أعطى السكر من الفم

تأثير الانسولين فى مرض السكر

أن عمل الانسولين يتلخص فى أنه يعيد حالة المريض بالسكر أثناء استعماله

الى الحالة الطبيعية عند السليم . و بيان ذلك انه فى مرض السكر تختفى من الجسم كلياً أو جزئياً مادة مهمتها تمثيل السكربوهيدرات وهذه المادة هى الانسولين بعينه اذا فقدت من الجسم عوضناها بأنسولين من الخارج

ولذلك كانت نتيجة اعطاء الانسولين للمريض أو للمريض الفقير من الانسولين انما هى اعادة حالته الطبيعية نوعا ما ويصبح تمثيل السكربوهيدرات طبيعياً أو قريباً من الطبيعى واذ ذاك يقل السكر من البول أو يختفى كما تقل الاجسام الخلونية أو تزول وفى الاشخاص الذين يعطون الغذاء الصحيح مصحوباً بالانسولين يمكن أن يصبح سكر الدم طبيعياً والبول خالياً من السكر والخلون وأكرر أنه يجب اعطاء الغذاء الصحيح كما لو لم يكن الانسولين مستعملا تقريباً

والقاعدة التى تجعل الطبيب دائماً فى مأمن من الوقوع فى الخطأ هى فحص البول قبل اعطاء الحقنة . وعلى وجود السكر أو عدم وجوده يترتب تقدير المقدار الذى يعطى من الانسولين . فاذا ما اختفى السكر من البول أصبح امتحان الدم فرضاً واجباً

ويقول بولتون « voulton » أن الانسولين ذو قيمة عظيمة قبل التبنيج فى العمليات الجراحية

وشوهد تأثيره العجيب فى الكيتوسيز الذى يعقب العمليات الجراحية والغير المعروفة طبيعة تقريباً

وذكر ديفس « Davis » أن الانسولين مع فعله العجيب فى حالات السكر فهو يفعل ما هو أعجب فى الاضطرابات التى تصحب الحالات الخطرة كاضطراب التمثيل الذهنى « Fat Metabobsm » التى يصحبها ظهور الخلون والغيبوبة والتى لها تأثير شاف فيها

أما القواعد التى تتبع فى العلاج بالانسولين فهى

أولا — التأكد مما اذا كان المرض مرض السكر أو البول السكرى وانه

من الخطأ الذى لا يغتفره الطب أن يعالج مريض بالبول السكرى بالانسولين وطرق التحقق من ذلك أسلفناها فيما تقدم . فاذا تأكدنا من المرض وأعطينا الانسولين وجب أن نعطيه حتى يصبح الدم طبيعياً . وحينئذ يوقف الانسولين تدريجياً . ويستمر المريض على الغذاء الموصوف مع الازدياد التدريجى حتى اذا ظهر انه يسير بقدم ثابتة صوب الشفاء فلا حاجة اذاً للانسولين والا وجب رفع مقاديره من جديد اذا عاود المريض ظهور السكر فى الدم وهكذا حتى يصبح الدم طبيعياً من جديد

ثانياً — اذا بدئ فى علاج المريض يجب أن ترتب أموره بحيث يجعل تحت اشراف الطبيب وملاحظته ثم يعطى غذاء يستوعب وحدات الحرارة اللازمة للجسم بوزنه وان تقسم الوجبات الى وجبتين مهمتين تستوعبان الكربوهيدرات وأخرى ليس فيها كربوهيدرات وفقط تحوى قليلا من وحدات الحرارة . وسؤال المريض من وقت لآخر عما اذا كان فى جيبه شىء من الحلوى المصنوعة من السكر

ثالثاً — يبدأ العلاج بحقن عشر وحدات ولكنى أفضل دائما أن أخالف هذه القاعدة التى أقرها جمع من العلماء وأعطى المريض ثلاث وحدات فقط فى الاول زيادة فى الاحتراس ويعطى هذا المقدار مرتين فى اليوم قبل الوجبتين الكبيرتين بربع الى نصف ساعة ثم تزاد هذه المقادير فى ثانى يوم الى عشر وحدات ويستمر على ذلك ثلاثة أيام . ويحلل البول دائما فاذا شوهد أن السكر لا يزال فيه زيد المقدار الى خمس عشرة وحدة لمدة ثلاثة أيام أخر فاذا استمر السكر فى البول زيدت الوحدات الى عشرين فاذا اختفى يستمر على أخذ كميات أقل قليلا واذا لم يختف أنقص الغذاء قليلا . فاذا شكا المريض من قلة الغذاء زيدت كمية الانسولين أيضاً بنسبة مايشبعه . وبهذه المناسبة أعطى هنا الانموذج الذى استعمله مع مرضاى والذى رأيته صالحا جداً وملائما للمرضى والمرض

أولا — حقنة عشرين وحدة الساعة سبعة ونصف صباحا

ثانياً — فى الساعة الثامنة يعطى الفطور الآتى :

ا — بيضة واحدة

ب — نصف ربع رغيف عادة

حـ — نصف أوقية من الزبد

د — أقية من لحم الضأن

هـ — بعض الخس ممزوجا بالزيت والخل

ثالثاً — الغذاء الساعة واحدة ويحتوى على

ا — بيضة واحدة

ب — نصف أوقية من الزبد

حـ — أوقية جبنة بيضاء

د — طبق من الخضروات بدون طماطم أو لحم يؤكل بالملعقة

رابعاً — الساعة السادسة والنصف مساء عشرين وحدة من الانسولين

خامسا — العشاء الساعة السابعة مساء وترتيبه كالآتى

ا — ثلاث أوقيات من لحم الضأن

ب — ثلاث أوقيات من السمك أو لحم الدجاج

حـ — أوقية من الزبد

د — نصف أوقية من الزيت

هـ — طبق خضار

و — ربع رغيف

ز — نصف أوقية من الجبنة البيضاء

ويسمح للمريض بأخذ ما يشاء من الشاى أو القهوة وشربة اللحم البقرى :

ما هى قيمة الانسولين الطبية

ان قيمة الانسولين الطبية لاشك أنها لا تقدر . فكم من مريض أنهكه المرض . وأضنى جسمه الالم قد أعاده الانسولين سيرته الاولى فقيمته الطبية لا جدال فيها . وقد اجمع العلماء على ان النتائج العلاجية للانسولين هى كما جاء فى عدد « البرسكريبار » ليونيو ١٩٢٣

أولا — يمتنع السكر من البول

ثانياً — تزول الاجسام الخلوتية فى البول والدم

ثالثاً — تهبط نسبة السكر فى الدم الى حالتها الطبيعية

رابعاً — تعدد الحالة الطبيعية فى أحوال الغيبوبة

خامساً — تدل حالة التنفس على حسن تمثيل الكربوهيدرات

سادساً — الاعراض الرئيسية فى مرض السكر تزول أو تحسن كثيراً

وقد شوهد أن الانسولين علاج نوعى أكيد لغيبوبة السكر وقال « اوتوليتون » فى عدد اغسطس الاخير من « البركتشنير » أن فائدة الانسولين العظمى تظهر فى اعادة الحالات الحديثة الى حالتها الطبيعية

ومن رأى باننتج وكامب بل وفيتشر أن الشفاء التام مؤكد فى بعض الحالات دون البعض الآخر

وأورد جوسلين وجرنى وروث احصائية ٨٧ حالة واكدوا نجاحهم العظيم فى علاج العقلاء منهم أما المخابيل فكان حظهم كعقاهم تقريبا مما يدل على ان مساعدة المريض للطبيب ذات قيمة ومعنى

وفى الجلسة التى عقدتها الجمعية الطبية البريطانية فى يوليو الماضى قررت أن العلاج بالانسولين سبب ارتفاعاً فى الكفاءة لتمثيل السكر ومن ثم يصبح الانسولين دواءاً شافياً لاملطفاً فقط

أما انه لا يشفى الحالات المزمنة بل ينعشها ويصلحها فقط ويجعلها تحمل

العمليات الجراحية عند اللزوم كما يتحملها السليم سواء بسواء فأمر لا جدال فيـه . أما شفاؤهم الاكيد فهذا أمر متروك للزمن والوقت لم يحن بعد لاصدار حكم قاطع ، ومما هو جدير بالذكر ان الذين يعالجون بالانسولين سرعان ما يزيد وزنهم بالرغم من هذا الغذاء القاحل وان الخلونات تختفى بسرعة حتى ولو وجد السكر فى البول

ومما لا ريب فيه أن كل طبيب يعالج بالانسولين كم من المرات يقف اجلالا لمعجزاته فى مرض السكر ومضاعفاته وسوف يكون للانسولين شأن آخر اذا أمكن استعماله بغير طريقة الحقن

علاج الـكوما

لعلاج الـكوما يجب أن يبدأ على رأى كامب بل باعطاء كميات كبيرة من الانسولين على دفعات متقاربة ويعطى المريض أيضاً كميات كبيرة من السكر والسوائل

أيها السادة

ما هو تأثير الانسولين اذا اعطى للسليم

هذا سؤال يسأله الـكثيرون ويتساءلون عنه أما الجواب فهو انزال السكر الدم عن حالته الطبيعية ولـكن نسبة تأثيره على السليم أقل منها على المريض وذلك لأن المخزون فى كبد السليم وعضلاته يعوض بسرعة تعويضاً جزئياً ما يفقده الدم بتأثير الانسولين أما فى المريض الخاوى الوفاض العادى الانقاض فليس لديه ما يعوض به

أيها السادة

تأثير الانسولين على الضغط الدموى :

هذا مبحث لم يتعرض له أى باحث فيما أعلم ولـكننى أمكننى أن أراقب

عمـل الانسولين على الضغط فى ثمانى حالات أربعـة منهم ضغطهم الانقباضى طبيعى والانبساطى كذلك واثنان من الاربعة يحوى بولهم السكر فقط واثنان السكر والخلون وزوال السكر والخلون لم يحدث أى تأثير على الضغط أما الاربعةالباقون وضغطهم الانقباضى أكثر من ١٧٠ هبط فى اثنين منهم وبولهما كان يحوى السكر فقط الى ١٦٠ تقريباً والاثنان الباقيان وكان بولهما يحوى السكر والخلون معاً هبط ضغط أحدهما ١٠ ملليمترات وهبط الثانى ١٦ ملليمتر

وهبوط الضغط العالى فيما اعتقد ليس سببه الانسولين مباشرة بل سببه زوال السموم التى تصيب السكرفى الدم والتى تسبب تصلب الشرايين السكرى

بقى أن اذكر شئياً واحدا أيها السادة وهو تأثير الانسولين فى مرض‌السكر البرونزى Dradete Bronzé ذلك المرض النادر جداً والذى شاهدت منـه حالتين فى يوليو الماضى تعالجان بالانسولين فى مستشفى لندن تحت عناية لدكتور الس وقد كان تأثير الانسولين عليهما عجيبا وامكن جعل بولهما ودمهما طبيعيين وقد رأيت احدهما وقد اعتاد أن يعطى الحقنة لنفسه وقد حضر الى المستشفى فى حالة هبوط الدم « Hy poghy caerea » وقد أخبرنى مرة أنه لم يشعر براحة منذ بضع سنوات كالراحة التى يشعر بها الآن كذلك ولـكثير مثل ذلك كان بانتنج رسول رحمة للعالم فى القرن العشرين

مناقشة

الانسولين

للدكتور اندراوس عريان

تمهيد لما كان من المهم جداً فحص دم المريض بالبول السكرى رأيت ان ابدأ بذكر اشهر الطرق المعروفة ولنذكر أولا طريقة فولن ووو (Folln & Wu) كما نقحها كاميدج (Cammidge)[١]

يؤخذ ٣٠ر٠ سنتيجرام من الدم من أحد الأصابع وتوضع على ٥ر٤ ماء مقطر وتخلط جيداً لبضع دقائق ثم يضاف ٦ر٠ من محلول تنجستات الصودا و ٦ر٠ من حمض الكبريتيك يغلى لبضع دقائق ويرشح . يؤخذ ٢ سنتيمتر من المادة المرشحة فى مخبار ويوضع سنتيمتر من ٠١ر٠ جلوكوز نقى من الماء ويضاف اليه سنتيمتر ماء اليه فى مخبار آخر ويضاف الى كل مخبار سنتيمتر واحد من محلول سلفات النحاس القلوى ويغلى على حمام مائى لمدة ست دقائق وبدون أن يبرد يضاف ٥ر٠ من موليبدات الصودا تنجستات الصودا . يرج المخبار ويبرد بماء جارى ويضاف ٥ر٢ من محلول مشبع من كربونات الصودا ويكمل كل مخبار الى ١٢ر٥ سنتيمتر بالماء ثم يترك لبضع دقائق حتى يبرد ويوضع فى كولوريمتر (مقياس اللون)

ولما كان هذا يحتاج الى كولوريمتر رأى فنتيش وتيوفول (Vontes&Thivolle)[٢] أن يستعيض عن الكولوريمتر ببرمنجنات البوتاسا . وفى هذه الطريقة يبدأ

---

(١) Cammidge Lancet ii 393 1920

(٢) Précie de Diagnostic Guiarl et Grimberk
الطبعة الرابعة لامار باريس ٩٧٩

كالسابقة الى أن يوضع المخباران على حمام مائى لمدة ست دقائق وبعد ذلك وبكل سرعة بدون أن يبردا ويوضع فى كل ٥ نقط من محلول مشبع سلفات المانيزيا وأربع نقط من محلول مشبع كربونات الصودا ثم يوضع المخباران فى ماء يغلى لمدة دقيقة ثم يوضعا فى centrifuge وبعد ذلك يوضع على راسب ٥ سنتيمتر من محلول فوسفات المولبديك وينتظر خمس دقائق litrar بمحلول برمنجبات البوتاسا

أما المحاليل فكما يأتى

١ محلول سلفات النحاس القلوى

ا سلفات النحاس مبلور ١٧٫٥٠

حمض كبريتيك نقى ٢٫٥٠

ماء مقطر لغاية ١٠٠٠٫٠٠

ب كربونات الصودا الهندية ٨٠٫٠٠

حامض الطرطريك ١٥٫٠٠

ماء مقطر لغاية ١٠٠٠٫٠٠

للاستعمال مقدار من كل بالتساوى

٢ محلول فوسفور موليبديك

موليبدات النوشادر ٤٠٫٠٠ جرام

محلول الصودا (١٫٣٦) ٦٠٫٠٠ سنيمتر

يضاف ١٠٠ سنتمتر ماء ويغلى حتى تنعدم رائحة النوشادر يبرد ويضاف ٢٠٠ سنتمتر ماء حامض الفوسفوريك (كثافى ١٫٣٨) ٢٠٠ سنتمتر يغلى لمدة ١٥ دقيقة ويبرد ويكمل حتى لتر

٣ محلول تنجستات الصودا ١٠٪

٤ محلول برمنجنات البوتاسا ٠٫٠٨ فى الالف

٥ محلول الجلوكوز النقى الهيذر ١ فى الالف

٦ محلول حامض الكبرتيك $\frac{1}{4}$ ن

٧ محلول مشبع سلفات المانيزيا

٨ محلول مشبع كربونات الصودا

أما طريقة ماكلين فسننشرها فى العدد التالى ان شاء الله

نبذة تاريخية قصيرة : وصف بول لانجرهانس (Langerhans) عام ١٨٦٩ خلايا فى البانكرياس غير التى تفرز التريبسى وليس لها أى علاقة بالقناة ومن شكلها فكر فى أن يكون لها وظيفة الافراز وفى عام ١٨٩٣ أورى أدوار لاجس (Laguesse) أستاذ علم الهستولوجيا بجامعة ليل بأن هـذه الخلايا لها افراز داخلى له علامة metabolism المواد النشوية و بعد ذلك حاول كثير من الاطباء أن يحصلوا على هذا الافراز لمعالجة البول السكرى ففى عام ١٩٠٨ حضر سوالست (Zuelst) مادة بنقع البانكرياس فى محلول ملحى ووجدانها بالحقن فى مرض البول السكرى . ينقطع السكر من البول و ينقطع الخلون وحامض الخلوخليك وتحسن حالة المريض جيداً ولـكن كان يتبع الحقنـة تفاعل شديد أدى الى ترك استعمال الدواء وفى عام ١٩٢٢ ابتدأ بانتنج وبست (Banting & Best) تحت ارشاد ماكليود (Mc. Leod) بجامعة تورنتو التجارب التى أدت الى اكتشاف الانسولين فابتدأ بربط القناة وتركه مدة أسبوع أو أسبوعين حتى لا يبقى بالبانكرياس سوى جزيرات لانجرهانس وأخذا منقوع البانكرياس وحقنا به فوجدا له تأثيراً حسناً فى علاج البول السكرى ثم أخذ البانكرياس من جنين البقر وهو فى سن خمسة شهور لا يحوى الا على جزيرات لانجرهانس ووجدا ان خلاصتها كذلك لها تأثير حسن ولـكن لم يكن ذلك ليخرج مقداراً كافياً يسد حاجة بنى الانسان فاشترك معهما الاستاذ كولب (Collip) ووجد أن هذه المادة واسمها الانسولين تذوب فى الـكؤول درجة ٩٥ بينما ترسب باقى

افرازات البانكرياس وبهذه الطريقة أمكن استخراج كميات كبيرة من الانسولين لتجربتها فى الحيوان ثم استعمالها للانسان

ولقد أمكن لونتر وسمث (Winter & Smith)[1] أن يحضرا مادة تشبه الانسولين فى خواصها من الميزة وأمكن لكولب أن يستخرج مادة من نباتات مختلفة أطلق عليها اسم جليكوكينين Glukokinine يتأخر مفعولها لمدة يوم أو يومين ولكنه يستمر أكثر من الانسولين ووجد ماكليود أن الانسولين يمكن استخراجه من أنواع منتشرة من السمك ويوجد فيها غدد لانجرهانس منفصلة عن غدد الرئتين

وحدة الانسولين لم يستخرج بعد الانسولين فى حالة نقائه وكل ما أمكن استخراجه مسحوق أبيض من مادة ازوتية كثيرة الرسوب مع أى راسب آخر يحفظ خواصه فى سائل حمض خفيف سريع العطب فى السوائل القلوية فلهذه الاعتبارات لم يمكن مقياس مقادير الانسولين بالوزن بل ارتكن مكتشفوه على التأثير الذى يحدثه فى نسبة الجلوكوز فى الدم فجعلت وحدة الانسولين المقدار الذى يكفى بان يخفض بنسبة الجلوكوز فى دم أرنب وزنه اثنين كيلو جرام صائم لمدة أربعة وعشرين ساعة الى ٠٤٥ر٠ فى مدة أربع ساعات

ولما وجدت ان هذه الوحدة كبيرة وربما يحتاج الطبيب الى وصف كسور من هذه الوحدة جعلت الوحدة ثلث كمية الوحدة المتقدمة وهى المستعملة الآن فى أمريكا وانجلترا

الديابيطس : أوالبول السكرى ترتفع نسبة الجلوكوز فى الدم اكثر من ١٠ر٠ ار ١٢ر٠ فى المائة وهو الحد الطبيعى وتقريبا يتقدم الجليكوجين من الكبد ومن سائر عضلات الجسم ما خلا عضلات القلب فان الجليكوجين يزداد منها

---

(١) Winter & Smith B. M. S. i 713. 1923

وترتفع كمية المواد الدهنية فى الدم (Lipœmia) وكذلك كمية الكيتون (الخلون وحامض خلوخليك Ketones)

وفى البول يظهر الجلوكوز ومواد الكيتون بكثرة ولكنها لا تظهر فى البول الا بعد ان تتعدى حدا يقدره ليتون[1] من ٠٧٥ر٠ فى المائة الى ٢٣٠ر٠ فى المائة ولكن يقدره جون من ٠٤ر٠ الى ٣٣ر٠ ولتفسير ذلك أقول ان السكر يبدأ بالتجمع فى الدم حتى اذا ما تعدى حدا معينا يظهر فى البول ففى بعض الحالات يكون هذا الحد مرتفعاً جداً فيكون السكر فى الدم بنسبة ٢٣ر٠ ١ر٣٣ر٠ فى المائة ولا يظهر فى البول فاذا ما تعدى هذا الحد ظهر فى البول ويسمى ذلك بالحد السكرى (Diabetic Threshold) ولكن يكون هذا الحد منخفضاً لذلك ٠٤ر٠ فعند هذه النسبة يظهر الجلوكوز فى البول

الديابيطس البرى أو البول السكرى الكلوى Renal Glycos uria or Diabetes inno cens فى هذا المرض لا ترتفع نسبة الجلوكوز فى الدم فى حالة الصيام عن المعتاد ومن المهم جداً تشخيص هذا المرض لأنه لا ينجع فيه العلاج الغذائى وقد يؤدى علاجه بالانسولين الى اضرار جمة وللتفرقة بينه وبين البول السكرى الحقيقى تؤخذ عينة الدم والبول بعد الصيام ثم يعطى للمريض ٥٠ جراماً من الجلوكوز وتؤخذ عينة الدم كل عشر دقائق عينة البول كل ربع ساعة ففى البول السكرى الكلوى ترتفع نسبة السكر فى الدم لترجع أقل من نسبتها الاصلية بعد ساعة ونصف ولا تزداد نسبة السكر فى البول الا عند ما تبدأ نسبة السكر فى الدم فى الانخفاض أما فى الديابيطس فان ارتفاع نسبة السكر فى الدم تماشى مع ارتفاع نسبة السكر فى البول وبعد مضى ساعة ونصف تكون هذه النسبة لا تزال مرتفعة عن الطبيعى (ماكلين)[2]

---

(١) B. M. S. April 1923

(٢) Maclan Lancet i 1923 1039

تأثير الانسولين — تحت تأثير الانسولين تنخفض نسبة السكر فى الدم وتقل المواد الدهنية وتنعدم مواد الكيتون من الدم والبول ويزول السكر من البول (ماكليود)[1] ويشعر المريض بتحسين عظيم فى صحته العمومية ونشاط فى قواه العقلية وترتد اليه قوته الطبيعية وبالجملة يصبح رجلا طبيعياً كلما كان تحت تأثير الانسولين واعطى له بالمقادير التى يحتاج اليها جسمه

التفاعل : ليس لتأثير حقنة الانسولين كما يحضرها بانتنج وست وكولب الا بعض الالم الخفيف لا يدوم اكثر من بضع دقائق وكل عينة يكون لها مفعول اكثر من ذلك يدل على سوء تحضيرها ويجب ان يكتب عنها حالا الى مدير جمعية المباحث الطبية بلندره وبعد الحقن بنصف ساعة يبدأ السكر فى الدم ان ينخفض ويستمر آخذاً فى الانخفاض لمدة أربع ساعات بعد الحقن ثم تبدأ فى الصعود ثانياً فاذا انخفضت النسبة الى الحد الطبيعى وهو ١٠ر٠ أو ١٢ر٠ فى المائة خرج الجليكوجين من الكبد ومن العضلات لسد النقص ولما كان هذا قليلا جداً أو معدوما فى حالات الديابيطس كان تأثيره أشد بكثير فى هذه الحالات عن غيرها واذا ما نزلت نسبة السكر فى الدم الى ٠٤٥ر٠ حصلت تشنجات وتقلصت الرأس الى الوراء وتمددت الارجل (فى الارانب) وتقلب الحيوان من جانب الى جانب كما يحصل فى حالات التسمم بالاستركنين أو فى الاسفيكسيا وتحصل غيبوبة بعد ذلك مستمرة من نصف دقيقة الى دقيقة ثم يعقبها التشنجات وهكذا حتى يقضى الحيوان من هبوط فى التنفس

اما فى الانسان فاذا ما بلغت النسبة ٠٧٥ر٠ شعر بجوع وتعب وقلق وتظهر عليه اعراض عصبية وتكون حركاته غير منتظمة وغير معينة ورعشته خفيفة (tremulo usness) وقد يتعاقب اصفرار الوجه مع احمراره والشعور

---

(١) Mc, Land international congress physiology Edinburg.

بالحر والبرد و بعرق غزير (Banting, Campbell & Fletcher)

فاذا اعطى للمريض مقدار من محلول الجلوكوز ذهبت عنه هذه الاعراض بسرعة واذا لم يتمكن من تعاطى محلول الجلوكوز فيحقن له تحت الجلد أو فى الاوردة اما باقى أنواع السكر فتأثيرها قليل ويقول بعضهم باعطاء حقن الادرينالين ولكن لما كانت هذه تحلل الجليكوجين من الكبد والعضلات وترسله الى الدم وفى حالات الديابيطس تقل كميات الجليكوجين من الكبد والعضلات امكننا ان نفهم جيداً انه ليس للادرينالين أى تأثير فى علاج هذه الحالات فى البول السكرى الحقيقى

ولكن للآن لم تحصل أى وفاة بسبب الانسولين فى بريطانيا العظمى ويظهر ان الضرر الذى يحصل من الانسولين يمكن تلافيه بسهولة [1] ولكن يجب الانتباه جيداً اذ ربما يحصل انخفاض نسبة السكر أثناء النوم ولذا وجب اعطاء الحقنة قبل النوم باربع ساعات على الاقل وفى جميع الحالات التى عالجتها احتم على المريض ان يحمل معه زجاجة ٣٠٠ جرام من محلول الجلوكوز ٢٥ فى المائة واعطى له حقنة الانسولين قبل تعاطى الطعام بنصف ساعة

أما فى البول فان السكر ينعدم بعد مضى ساعتين وتظهر ثانيا بعد مضى عشر ساعات وتنعدم مواد الكيتون بعد مضى أربع ساعات لتظهر ثانيا بعد مضى ثمان ساعات

اما المريض فيزيد وزنه ويصير كالرجل الطبيعى كما اسلفت القول وزيادة الوزن تتفق مع التجارب التى اجريت على الحيوانات فان هذه التى اخرج منها البانكرياس وظهر فيها البول السكرى اذا اعطيت الانسولين خزنت مقادير كبيرة من الجليكوجين فى الكبد وفى العضلات ولكن فى الحالات التى يعطى فيها الانسولين زيادة عن اللازم تموت الحيوانات بتأثير الانسولين

---

(١) Repo of the Medical Reseacch Commitec May 1923

لايوجد جليكوجين فى العضلات أو فى الكبد ويؤدى ذلك الى بحث كثير فالقلب الذى حفظ فى سائل لوك (Locke's Solution) يستنفد كمية من الجلوكوز تحت تأثير الانسولين ثلاثة مقادير يستنفده بدون الانسولين ووجد كذلك ان الحيوانات التى تموت من الانسولين لا يوجد بالكبد كميات دهنية أكثر من العادة حتى يمكننا القول بان السكر يتحول الى دهن فالواقع ان السكر والجليكوجين ينعدمان تحت تأثير مقادير كبيرة من الانسولين ولكن اين يذهب السكر ؟ لا ندرى لان القلب الذى يستنفد ثلاثة مقادير من الجلوكوز لا يزداد عمله ولكن ديل (Dale) (١) فسر ذلك بانه تحت تأثير الانسولين تكون كل حركة الجسم مرتكنة على احتراق الجلوكوز دون غيره ما دام الجسم تحت تأثير الانسولين وما دام هناك سكر أو جليكوجين

والانسولين يجب ان يعطى حقنا تحت الجلد وفى الاحوال الشديدة يعطى فى الوريد ولا تأثير له بالمرة اذا اعطى بالفم أو بالمستقيم لان افراز القناة الهضمية تفقده خواصه ولقد أورى تلفر (Lefler) (٢) انه يكون له بعض التأثير اذا عمل مرهما ودلك به الجلد الا ان نسبة ما يمتصه الجلد صغيرة جداً

ويذهب برن (Burn) (٣) بان هناك تضاد بين مفعول الانسولين وبين مفعول التيوبترين (المستخرج من الجزء الخلفى) فاذا أعطى التيوبترين معه لا تنخفض نسبة السكر فى الدم بل ربما ارتفعت قليلا مع العلم بان كل منهما على حدة يسبب انخفاضا فى هذه النسبة

علاج المصابين بالبول السكرى : يذهب الطب الآن فى علاج هذا المرض الى اراحة خلايا البانكرياس مدة كافية حتى يمكنها ان تسترجع قواها على

---

(١) Dale Lancet i 1923 989

(٢) Ielfer B.M.G. April 28, 1923

(٣) Banting, Campbell & Fletcher B. M. G. 4 jan 1923

الافراز وهذا هو السر فى نجاح طريقة الن (Allen) الذى أظهر بان فى الحيوانات اذا اعطيت البانكرياس راحة لمدة ما حتى تنمو الخلايا التى اعطيت سابقاً والانسولين مع العلاج الغذائى يساعد كثيرا على الوصول لهذا الغرض أكثر من طريقة الن وحدها

ولذلك يبدأ بتحليل الدم والمريض بدون غذاء لتمييز البول السكرى الحقيقى من البول السكرى الكلوى وبعد ذلك يتبع بانتنج وأقرانه الطريقة الآتية : يصوم المريض لمدة يومين ثم يعطى غذاء مقداره بين ١٦٠٠ و ١٧٠٠ كالورى (Colories)يتكون من ٢٠ — ٤٠ جم موادنشوية ٢٠ — ٣٠جم مواد أزوتية والباقى شحم ويستمر على هذا الغذاء لمدة اسبوع حتى تصير كمية السكر فى البول ثابتة ثم يعطى له مقدار الانسولين الذى يكفى لازالة السكر من البول ورجوع السكر فى الدم الى ١٢ر٠ فى المائه وبعد مضى مدة من الزمان يمكن تخفيض مقدار الانسولين مما يدل على ان البانكرياس اخذ فى الافراز وهكذا كلما تتحسن حالة المريض يزاد له مقدار الغذاء تدريجيا أو يقل من مقدار الانسولين

ولكن ماكلين يبدأ باعطاء مقادير كبيرة من النشويات فيعطى ٤٠ جراما فى اليوم او أكثر ٦٠ جراما مواد أزوتية والباقى شحم ويرتب مقدار الانسولين حتى ينعدم السكر من البول ويرجع الى الطبيعى فى الدم ولكن جراهام (Graham)[١] انتقد هذه الطريقة وقال أنها لا تعطى البانكرياس الراحة الكافية ولو أنها تفيد المريض وقتيا فائدة سريعة واوصى بتعاطى المواد النشوية فى الخضارات فقط (حوالى ١٦ جراما) ويكتفى كالورى بالف ومائتين أو الف وثلاثمائه

Graham Lancet gum 9, 1923 (١)

ولمساعدة الطبيب فى تقرير غذاء المريض نذكر الجداول الآتية :

١ جم مواد ازوتية ٤ ك ١ جم مواد نشوية ٤ ك ١ جم شحم ٩ ك

أوقية من كل تحوى على	ك	أزوت	نشا	شحم
اللحم العجالى الضأن	٦٤	٩	—	٣
الفراخ والطيور	٧٢	٩	—	٣ر٦
السمك	٢٥	٦	—	٠ر٢
الخضارات سبانخ رجله كرنبيت كرنب	٥	٠ر٥	٠ر٥	٠ر١
البصل حمص اخضر فاصوليا خضراء	١٣	٠ر٥	٢ر٤	٠ر١
العدس فاصوليا	٣٣	٠ر٣	١ر١	٠ر١
اللبن	٢٢	١	١ر٥	١ر٢
القشده	٧٨	١	١ر٧	٥ر٧
اللبن المقشوط	١١	١	١ر٥	٠ر١
البيض (عدد ١)	٨٠	٦ر٥	—	٦ر٠
الزبدة	٢٣٨	٠ر٣	—	٢٥ر٠
الجبنة	١٢١	٩ر٠	—	٩ر٠
الجبنة فلمنك	٩٤	١١ر٠	—	٥ر٠
العيش الابيض	٨١	٣ر٠	١٦ر٠	٤ر٠
البطاطس المقلى	٢٩	١ر٠	٦ر٠	—
الارز المغلى	٣٧	١ر٠	٨ر٠	—
المكرونه	٢٢	١ر٠	٤ر٥	—
الفواكه الليمون البرتقال	١٥ر٠	٠ر٣٠	٢ر٨	١ر٢
التفاح الكمثرى	١٩ر٠	٠ر٢	٤ر٢	٠ر١
الموز التين العنب	٢٩ر٠	٠ر٤	٦ر٠	٠ر٢
الجوز . اللوز . البندق	٤٦ر٠	٥ر٠	٤ر٠	١٩

الغيبوبة : اذا كان الانسولين دواء نوعيا فهو ضد غيبوبة السكر فالعشر حالات الاولى التى عالجها بانتنج شفى منها ٦ واثنان ماتا بالتهاب رئوى بعد أن انعدمت اعراض الغيبوبة ومريض لم يعالج حسبما ينبغى لانه لم يكن لديهم مقدار كاف من الانسولين

ففى هذا المرض يعطى محلول الجلوكوز داخل الوريد ويعطى سوائل كثيرة مع الانسولين الذى ينبغى أن يبدأ بعشرين وحده وتكرر بعد ثلاث ساعات ويرجع السبب الى انعدام مواد الكيتون لانه مع احدى الحالات ارتفعت نسبة السكر فى الدم الى ١ر٠ فى المائة ومع كل فقد شفى المريض

وفى حالات العمليات الجراحية يجب ان يعالج المريض قبل ان تعمل له العملية بعلاج الانسولين ويمكن لاى مريض ان تعمل له اكبر عملية أما فائدة الانسولين فى الغيبوبة لغير العمليات فقليلة جداً أو معدومة

مناقشة

الدكتور على حسن

ياسعادة الرئيس وياحضرات الزملاء

ارجو ان تسمحوا لى اذا اعبر عن سرورى العظيم بسماع محاضرة الدكتور عبد الحى وكذا كلمة الدكتور اندراوس عريان

الا ان لى ملاحظات أريد أن أبديها لحضراتكم وذلك ان بعض تجاربى الشخصية على الانسولين تخالف بعض ما ذكراه فى خطابيهما

ذكر الدكتور عبد الحى ان حالات كثيرة من الحالات التى شاهدها بمصر والتى كانت تعالج عند غيره بالانسولين لم تكن مصابة بمرض السكر بل ان

كان مرضها بولا سكرياً كلوياً (Renal Diabetes or Diabetes innocens)
واستشهد على كثرة نسبة هذا النوع من البول السكرى بتعداد ماكلين الذى
اجراه فى لوندره على مرضى انجليز طبعاً وكان الدكتور عبد الحى يبنى
تشخيصه لهذه الحالات على وجود مقدار طبيعى من السكر فى دماء هؤلاء
المرضى مع وجود سكر فى بولهم — أما من جهة الاستشهاد بتعداد ماكلين
فان حضرته يوافقنى على ان تطبيق هذا التعداد على مرضانا هنا غير جائز بالمرة
لان استعداد الامم للاصابة بمرض من الامراض قد تختلف اختلافا بيناً ومرض
السكر نفسه لا يشذ عن هذه القاعدة فنسبة مرض السكر عند الهنود مثلا هى
نسبة عظيمة تفوق نسبته بين أمم كثيرة وحيث اننا لم نعمل احصاءاً عنه فى
مصر لغاية الآن فالاحرى بنا ان نترك الطريق مفتوحا للبحث أما طريقة
التشخيص التى اتبعها الدكتور عبد الحى فهى عرضة للانتقاد الشديد لان كثيرين
من المصابين بمرض السكر (Diabetes Mellitus) الذى لاشك فيه اذا امتحنا
مقدار السكر فى دمائهم لوجدنا أنه بعض الاوقات ينزل الى الحد الطبيعى ويبقى
كذلك الى أن يتناول المريض غذاءاً به مواد نشوية او زلاليـة ومن الجائز
أن يحضر لنا مريض من هذا النوع فاذا فحصنا عينة من بول الاربعة وعشرين
ساعة وجدنا بها كمية من السكر لا يستهان بها وقد تصل الى ثلاثين جراماً فى
الف واذا فحصنا دمه ربما وجدنا ان ما به من السكر لا يزيد عن المقدار الطبيعى
فهل يصح لنا ان نقول اعتماداً على نتيجة فحص الدم مرة واحدة بان هذا
المريض مصاب بالبول السكرى الكلوى وانه لا يصح مداواته بالانسولين ؟
بالتأكيد لا يحق لنا تشخيص المرض كبول سكرى كلوى قبل ان نثبت بان
الحاجز الكلوى للسكر قد انخفض عن منسوبه الطبيعى أى أن الكلى تفرز
سكرا فى البول قبل ان يصل مقدار السكر من الدم الى ما فوق ١٨ر٠ جم فى
المائة وهذا البرهان لا يمكننا الحصول عليه الا بامتحان كمية السكر فى الدم
عدة مرات متتالية وفى الوقت نفسه تؤخذ عينات من البول لفحصها وبهذه

الطريقة فقط نستطيع معرفه العلاقة بين مقدار السكر فى الدم ومقداره فى البول وهذه العلاقة هى دليلنا الوحيد الصادق على نوع المرض

ثانياً — يقول الدكتور عبد الحى بان قوة الانسولين لا تضعف بالمدة ولا يصيبها تلف وقد وافقه على ذلك الدكتور عريان معززاً رأيه بان الانسولين لا يتغير ما دام فى محلول قلوى واستشهد أيضاً بانهم فى انجلترا يستعملون الانسولين الامريكى وبان هذا الانسولين يأخذ شهراً ليصل الى انجلترا من أمريكا وبما أنه لا يفسد ولا يصيبه تلف فى هذه المدة فهو اذاً غير قابل للفساد

ولكن الدكتور عبد الحى والدكتور اندرواس عريان لم يتكرما بذكر أى تجربة شخصية قاما بها للتثبت من صحة هذه النظرية ولم يقدما برهاناً واحداً جديراً بالاعتبار ليؤيدا به قولهما وقد كان الواجب يقضى عليهما بتجربة الانسولين تجربة أصولية بحقنه فى ارانب أو فيران قبل أن يصرحا بأنه غير قابل للتلف أما استدلال الدكتور عريان بان الانسولين لا يتغير ما دام فى محلول قلوى فهو استدلال خطأ لأنه مضاد للواقع على خط مستقيم . لان التفاعل القلوى قاتل للانسولين ولو جرب حضرته تفاعل عينة الانسولين التى وردت له حديثاً من أوروبا والتى تكرم بعرضها علينا لوجد أن تفاعلها حمضى شديد والحقيقة أننا نستطيع رفع حرارة محلول حمضى من الانسولين الى درجة الغليان لمدة ساعات ولكن تعريض محلول قلوى منه لدرجة ثمانين سنتيجراد كاف لاضعاف تأثير الانسولين كثيراً وربما قتلناه أيضاً أما استشهاد الدكتور عريان بطول المدة التى يأخذها الانسولين الامريكى ليصل الى لونده فهو استشهاد مبنى على خطأ كبير فى تقدير هذه المدة لأن هذه المدة لا تزيد الآن على خمسة أيام وليست اشهراً كما قال حضرته وزيادة على ذلك فان الارساليات الكبيرة التى تصل لونده تصل مع التحفظ التام اذ توضع فى مخزن الباخرة البارد طول الطريق

أضف الى ذلك تجاربى الشخصية عن الانسولين الاوروبى والامريكى

وأيضاً على الانسولين الذى أجهزه بنفسى وهـذه التجارب تبرهن على أن الانسولين عرضة للتلف بسرعة محسوسة جداً فى بعض الأحوال

حضرت الانسولين بقصد عمل تجارب علميـة بواسطته ابتداءاً من شهر مايو سنة ١٩٢٣ وفى أواخر يونيه قمت بالاجازة لمدة شهر تاركا فى معملى جزءاً منه يحتوى كل ٨ر٠ سم مكعب على وحدة واحدة ولما عدت فى أول اغسطس أى بعد مضى شهر واختبرته وجدت أنه ضعف لدرجة أن ٥ سم مكعب كانت لا تحوى الا وحدة واحدة ,قد كان الواجب أن يكون فى الخمسة سنتيمترات مكعبة ست وحدات على الاقل

لم أكن الى هذا العهد جربت الانسولين الوارد من الخارج ولـكن فى أواسط اغسطس وردت لى عينات من انسولين أمريكى وهو بهذه المناسـبة تركيب نقى للغاية — وباختبـاره وجدت أن وحداته قد ضعفت لدرجة أن المقدار منه الذى كان يجب أن يكون محتوياً على ثلاثة وحدات له مفعول وحدة واحدة أى أنه كان أول مقدار كاف لاحداث تشنجات فى أرنب وزنه كيلو وصائم لمدة أربعة وعشرين ساعة — وفى الشهر عينه أيضاً أرسلت لى عينة من مستشفى قصر العينى لفحصها وهى عينة من الانسولين الانجليزى لم يكن قد مضى على تاريخ صنعها أكثر من شهر واحد وقد اثبت الفحص الذى أجريته والذى كان كما قدمت بواسطة حقن سائل الانسولين هذا فى عدة أرانب مجهزة تجهيزاً أصولياً . بان هذا الانسولين قد أصيب أيضاً بالضعف لأن المقدار منه الذى كان يجب أن يكون به من خمس الى ست وحدات لم يكن له سوى مفعول وحدة واحدة وان النتائج العلاجية التى صار الحصول عليها من استعماله لمرض السكر بالمستشفى والتى أدت الى ارساله الىّ لفحصه تؤيد تماماً نتيجة هذا الفحص لأن أربعين وحدة من هذا الانسولين وجدت غير كافية لمنع نزول السكر فى بول اثنين من المرضى والمدلالة على أن العيب من الانسولين وحده استبدل هذا الانسولين بالانسولين الذى أحضره بنفسى

مع بقاء غذاء المريضين واحداً أى أن كميته لم تغير ولم يغير نوعه أيضاً ولما بلغ ما يتناوله الواحد منهما اثنين وثلاثين وحدة فى اليوم اختفى السكر من بولهما وهذه النتيجة بلا جدال تبرهن على أن الانسولين قد يفقد تأثيره الى حد كبير و بسرعة أيضاً

وعليه يكون حكم الدكتور عبد الحى وكذا الدكتور عريان بان الانسولين الذى يرد الى مصر لا يصيبه أدنى ضعف هو حكم لم يقيما عليه أدنى دليل علمى مؤيد بتجاربهما الشخصية أو تجارب غيرهما ولذا لا يمكننا الأخذ به مطلقاً

لاحظ حضرة الدكتور عبد الحى حصول انخفاض فى الضغط الدموى فى بعض مرضاه بعد معالجتهم بالانسولين وعزا حضرته ذلك الى تحسن فى حالة الشرايين التى هى عرضة للاصابة بالتصلب السكرى عند مرضى السكر وهذه ملاحظة جميلة وقد يجوز أن يكون سبب الانخفاض فى الضغط الدموى هو كما ذكر حضرته ولكن بما أن ماكلود قد ذكر بان بعض عينات الانسولين تحدث انخفاضاً فى الضغط الدموى عند الارانب والكلاب وعلل هذا بوجود مركبات متخلفة من المواد البروتينة الموجودة فى البنكرياس وهذه المواد من الصعب جداً التخلص منها عند تحضير الانسولين وجب علينا اذاً التأكد من استمرار هذا الانخفاض فى ضغط الدم بعد ايقاف حقن الانسولين حتى يصح نسبته الى مفعول الانسولين المباشر على حالة الشرايين المريضة أما اذا كان الانخفاض وقتى فهو فى الغالب نتيجة حقن هذه المواد الخافضة لضغط الدم مع الانسولين كما ذكر ماكلود

ذكر الدكتور عريان بان خلايا العصير الخارجى للبنكرياس لا تكون موجودة فى الجنين البقرى فى الشهر الرابع من حياته الرحمية ولكن الذى أثبته (ابراهيم) ونقله عنه بانتنج وبست وغيرهما هو أن بانكرياس هذا الجنين فى هذه السن لا يكون به تريبس وذلك لا يفيد أن خلايا العصير الخارجى المنوط بها صنع التريبس غير موجودة وانا اذا تتبعنا نشوء البانكرياس فى الجنين

رأينا أن القنوات الحاملة للعصير الخارجى هى أول ما يخلق منه ومن جدران هذه القنوات تتكون خلايا العصير الخارجى وكذا خلايا جزر لانجرهانس الا أن الاخيرة بعد مدة قليلة تفقد اتصالها بهذه القنوات بالمرة وتأخذ لنفسها محلا وسطاً بين الخلايا الاخرى ومن الجائز جداً أن تكون خلايا العضو موجودة الا أن حالة نموها قد لا تسمح لها بتأدية وظيفتها التى خلقت لها وأمثلة هذا فى الجسم كثيرة

أما قول حضرته بأن العلاج بالانسولين يساعد على نشوء خلايا جديدة فى جزر لانجرهانس فهو قول مشكوك فيه وقد ذكرت جمعية المباحث الطبية البريطانية فى تقريرها عن الانسولين واستعماله فى حالات مرض السكر بأنه ليس هناك أدنى دليل على أن الانسولين يساعد البانكرياس السقيم على العودة الى تولى وظيفته من جديد ومعنى ذلك أن حالة جزر لانجرهانس لا تتحسن بعلاج الانسولين وهذا القول الصريح يضعنا وجهاً لوجه أمام سؤال طالما ردده الكثيرون وهو هل يشفى الانسولين مرض السكر ؟؟ والاجابة على هذا السؤال تحتاج الى بحث طويل ليس هذا وقته ولكن يجب أن نضع نصب أعيننا دائماً عند محاولة الرد عليه الحقيقة التالية وهى أننا بحقن الانسولين فى جسم المريض انما نعوض عليه فقط مركباً مستعاراً قد فقد جسمه المقدرة على تركيبه بنفسه وبما أننا للآن قد عجزنا عن اثبات استعادة الجسم أو بالاحرى البانكرياس لمقدرته على صنع الانسولين من جديد كانت النتيجة اللازمة لايقاف حقن الانسولين هى عودة حالة المريض الى ماكانت عليه قبل استعمال الانسولين

بقيت مسألة أخرى هى ان الدكتور عريان يشير على الاطباء باستعمال طريقة ماكلين فى فحص دم مرضاهم وقد وصف الطريقة بأنها سهلة جداً لدرجة أن كل طبيب يستطيع استعمالها بسهولة وأنا أشير هنا فقط الى الصعوبة فى تجهيز المحاليل اللازمة لها والتى تحتاج الى كيماوى ماهر لتحضيرها ثم اختبارها بعد

تحضيرها والى العناية اللازمة فى استعمال هذه المحاليل لمنع تطرق الفساد اليها لان بعض هذه المحاليل قابل للفساد بسرعة مع العلم بأن الطريقة نفسها تحتاج الى مهارة كيميائية عملية لا تتوفر فى كل الاطباء وهى فى نظرى من الطرق التى يصعب استعمالها باتقان وجعلها تعطى نتائج يوثق بها بمجرد قراءتها فى مجلة أو بعد سماع وصفها بل لا بد من رؤيته الطريقة تستعمل بواسطة خبير بها أقول هذا عن خبرة لاننى استعملت الطريقة نفسها بانتظام فى بحر الثلاث سنين الماضية وسألنى كثير من اخوانى ارشادهم الى طريقة استعمالها ولذا أعتقد باننى أعلم الصعوبات الجمة التى يلاقيها المبتدئ فى تعلمها وذلك فى فهمها أولا وفى القيام بها ثانياً

لى كلمة أخيرة على استعمال الادرينالين ضد الاعراض التى قد تصيب المريض نتيجة اعطائه مقداراً كبيراً من الانسولين واستعماله فى هـذه الاحوال نشأ عن خاصية الادرينالين ومقدرته على تحويل الجليكوجين فى الجسم الى جلوكوز فهو اذاً لا يفيد فى ازالة هذه الاعراض الا اذا كان جسم المريض به جليكوجين بمقدار كاف ؟

رد الدكتور عبد الحى على ما يخصه من المناقشه

فهم الدكتور على حسن أننى اتكل فى تشخيص البول السكرى والسكر على تحليل الدم مرة واحدة وهذا ما لم أقله وفقط اكرر لحضرته القول ان التشخيص بنى على أخذ عينة الدم بعد ساعتين واكرر بعد ساعتين كما قدمت فى المحاضرة فان وجد طبيعيا فهذا ليس مرض السكر والا فالعكس بالعكس وهذا الكلام ظاهر بل هو رأى ما كلين وما كليود وبانتنج أيضاً وكل ما يخالف هذه الآراء لا يمكن ان يؤخذ قضية مسلمة وقد شرحت ذلك شرحا وافياً فى المحاضرة وقيدت ميعاد أخذ الدم فاذا أخذ بهذه الطريقة سهل التشخيص

كذلك فهم حضرته باننى أقول أن الانسولين لا يتلف وهذا مالم أقله بالمرة أيضاً لانى قلت أنه ليس سريع التلف ولكننى لم أقل أنه لا يتلف ومعنى هذا انه يتلف ولكن ليس بالسرعة التى يتوهمها البعض فهو لا شك يفقد بعض وحداته مع الزمن ولكن هذا الزمن طويل يقاس بالشهور لا بالأيام واذا كان الانسولين الذى يحضره حضرته يفقد مزاياه بسرعة فذلك ليس معناه ان كل انسولين كذلك وقد فصل فى هذه المسألة على النحو الذى أقوله

من ذلك يفهم ان ما قاله الدكتور على حسن مردود عليه فى نفس المحاضرة

الانسولين

مفعوله وفوائده ومقداره العلاجى وطريقة تحضيره

مترجمة عن مجلة الجامعة الطبية الاميركية

بقلم الدكتور حسن كامل بشير

الانسولين

هو سائل مائى يحتوى على المادة الفعالة للبانكرياس وهى المادة التى تؤثر على تحويل النشويات — وقوة الانسولين يعبر عنها بالوحدات . والوحدة عبارة عن ثلث الكمية الكافية لتقليل سكر الدم تحت ٠٫٠٤٥٪ وتسبب تشنجات فى أرنب وزنه اثنين كيلوجرام ولم يأخذ غذاء لمدة ٢٤ ساعة

مفعوله وفوائده

الانسولين يقلل سكر الدم فى الارنب الطبيعى و يسبب اعراضاً خصوصية حينما يبلغ نقص سكر الدم لدرجة معلومة وتمتنع هـذه الاعراض حينما يعطى

المصاب بهذه الاعراض جلوكوز ليعوض نقص كمية السكر . ويمنع الانسولين زيادة تجمع الجليكوجين (hyper glcemia) المتسبب عن الاكلات الغير طبيعية أو الاختناق أو لتعاطى الادرنالين ويزيد قابلية امتصاص السكر للقلب المنزوع من الحيوانات ذات الثـدى اذا وضعت فى سائل جلوكوز ويسبب تجمع الجليـكوجين فى كبد الحيوانات المصابة بالسكر اذا غذيت بالنشويات ويسبب ارتفاع منسوب سعة الرئة (Res piratory Ouotient) لهذه الحيوانات

وأيضاً يسبب نظام تغذية الدهنيات للحيوانات المصـابة بالسكر فتمتنع مادة الحموضة من البول (Acetote bodies) .

وقد أثبتت التجارب أن اعطاء الانسولين للكلب أو الانسان المصـاب بالبول السكرى بحالة شديدة يرجع الى الجسم قوة تأكسد النشويات وفى الوقت نفسه يتجمع الجليكوجين فى الـكبد . واذا أعطى الانسولين للمصاب بالبول السكرى فى أوقاته المناسـبة فان السكر يبقى بحالته الطبيعيه ويخلو البول من السكر ، وأيضاً تخزن الدهنيات بحالتهـا الطبيعية ولا تظهر المواد الـكيتونية (Ketone bodies)بالبول والحموضة(Aciclo Sis)والسبات(Coma)يمتنعان

وعليه فاعطاء الانسولين مفيد للحالات التى قد عجزنا عن علاجها بالغذاء ففى مثل هـذه الحالات يعطى الانسولين بمقادير تمنع الجلوكوز وكثرة تجمع الجليكوجين (Hyper glcemia) مع اتباع ملاءمة الغذاء ويلاحظ وجوب تقليل كمية الانسولين كلما تحسنت قوة تحمل النشويات

واذا أعطى الانسولين بكميات كبيرة يلاحظ ظهور أعراض يجب مقاومتها بالعـلاج فنلاحظ أن المريض يشكو ضعفاً وهزالا واحساساً عصبياً شديداً ويعرق عرقاً غزيراً — وهذه هى العلامات الهامة التى بها يعرف أن مقدار الانسولين زائد عما يجب اعطاؤه وفى بعض الاحيان قد يكون باهتاً أو محتقن الوجه

واذا أعطى الانسولين بكمية كبيرة جداً أعنى كميات سامة فيلاحظ أن المريض يقع فى حالة هبوط شديد وغيبوبة ويفقد شعوره (Unconscions)

هذه الاعراض والعلامات الخطرة النـاتجة عن قوة فعل كمية عظيمة من الانسولين يمكن مقاومتها بسهولة لوأعطى المريض كمية من النشويات أو الحلوى بالفم أو بواسطة لى معدى وفى حالة حدوث سـبات (Camatose) تعطى حقنة وريدية من ٥ الى ٢٠ جرام جلوكوز نقى بنسبة ٥ الى ٥٠٪ محلولا فى ماء معقم — وقد يبدل ذلك احيانا باعطاء محلول الادرينالين ١/١٠٠٠ مقـدار ٣ر٠ الى ٦ر٠ س . م ولـكن لا بد من اعطاء نشويات أو حلوى بالفم بعدذلك

مقدار الانسولين

يعطى حقنا تحت الجلد فى الذراع أو الفخذ أو الالية من مرة الى اثنين الى ثلاثة فى اليوم من ١٥ الى ٦٠ دقيقة قبل تناول الغذاء — ويلاحظ سرعة امتصاص الانسولين من الأنسجة وفى الوقت نفسه النشويات من المعدة حسبما تقتضيه كل حالة على حدة — ولتقدير كمية الانسولين الواجب اعطاؤها يجب اولا معرفة نسبة سكر الدم فى دم الشخص قبل و بعد اعطاء الانسولين — واذا اضطررنا لأى داع لاعطاء الانسولين بغير تقـدير نسبة سكر الدم فيجب أن نراعى أن تكون نسبة سكر الدم أعلى من الطبيعى عوضاً عن أن تكون أقل . وذلك يتـأتى بوجوب عدم خلو البول بتاتاً من السكر (أو لتوضيح ذلك أكثر نقول أننا اذا اضطررنا لاعطاء الانسولين قبل تقدير سكر الدم فيتحتم تقدير السكر فى البول وان لا يخلو السكر منه حتى نطمئن أن سكر الدم أعلى من الطبيعى)

والمقدار المطلوب اعطاؤه يقدر بنسبة الغذاء وبالنسبة لشدة الحالة والأسلم البدء باعطاء وحدات قليـلة وتزاد الـكمية كالمطلوب — واذا خلا البول من السكر فيجب تقليل الـكمية — والمتبع عملياً فى تقليل الانسولين أن نستغنى

عن كمية الانسولين الظهر واذن يلزم أن نحول نشويات الظهر الى أكلة الصباح والمساء والاحسن أن يكون ذلك تدريجياً فنخفض من أنسولين الظهر كل يوم وحدة واحدة وفى الوقت نفسه نقلل من نشويات الظهر تدريجياً كذلك حتى نقطع كلية الكمية التى تعطى ظهراً

والمقدار المطلوب فى حالات السبات السكرى (Diabetic Coma) فكالآتى بيانه — أولا يبدأ بمقدار ١٥ الى ٢٠ وحدة انسولين وبعد ذلك يعطى كل ٣ أو ٤ ساعات ١٠ وحدات باستمرار ولا يزاد المقدار الى ٦٠ وحدة فى اليوم اذ من النادر جداً أن نحتاج لمثل هذه الكمية — ويجب أن يعطى مع كل مقدار من الانسولين من ١٠ الى ٢٠ جرام جلوكوز

طريقة تحضير الانسولين

الطريقة الآتية هى المتبعة فى معامل كانوت بتورنتو بكندا والمصرح بها من لجنة صنع الانسولين بجامعة تورنتو

The Canaught Antitoxin Laboratories University Toronto, Canada, Under licens from the insuline Committee of the University of Toronto.

انسولين — تورونتو . كل امبول بها (٥) س . م وكل (١) س . م به (٥) وحدات

ونوع ثان كل امبول به (٥) س . م وكل (١) س . م به (١٠) وحدات

والاطباء الذين يودون ارسال طلب مقادير منه ندلهم على ذلك بالانجليزية كما وضحنا العنوان السابق بهذه اللغة :

Insulin-Toronto 5. c.c. Viale, 5 units in each cubic centimeter.

Insulin - Toronto 5. c.c. Viale, 10 units in each cubic centimeter

طريقة التحضير

يؤتى بالبانكرياس البقرى الصالح ثم ينزع منه المواد الدهنية والانسجة الموصلة (Connective tissue) (لا يقصد بالبانكرياس هنا بانكرياس واحد بل يقصد الجمع) وبعد ذلك يفرم جيداً ويوضع فى كؤول ٨٠ ٪ مضافاً اليه نسبة ٣ر٥ ٪ حمض كبريتيك نقى مركز وهذا الخليط يرج جيداً من آن لآخر لمدة ٣ ساعات (مقدار الكؤول المطلوب يساوى وزن كمية البانكرياس المراد أخذ الانسولين منها) — هذا المزيج بعد ذلك يحول الى مرشحات موضوعة فى أقماع زجاجية . ثم يجمع السائل الذى رشح بهذه الصفة

أما بقايا المزيج أعنى الباقية فى المرشحات (Plaited filters) يمكن أن نستخلص منها سائلا آخر باضافة كؤول ٩٠ ٪ اليها وبقائها لمدة ٣ ساعات كما أوضحنا أولا أعنى بعد الترشيح يضاف السائل الى السائل الاول

هذان السائلان المتجمعان نتيجة الترشيح فى أول وثانى دفعة تقاوم حموضتها (neutralized) ويستعمل للاختبار عباد الشمس (Lituius) ثم يبرد لدرجة صفر بمقياس سنتيجراد

هذا السائل الذى ترى منظره مغبراً (Turbid) بعد تبريده بهذه الصفة يلزم تركيزه لجزء من خمسة عشر من حجمه الاول وذلك بتبخيره فى الفراغ (Vacuo) وفى أثناء هذه العملية لا يجب أن تزيد الحرارة عن ٣٠ سنتيجراد — هذا المركز يحول بعد ذلك الى مفرق (Separator) ثم يحمض الى واحد فى المائة حمض كبريتيك ويضاف اليه سلفات النوشادر لنصف تركيز (أعنى ٣٧ جرام فى ١٠٠ س م للمركز المذكور) . . وبعد ساعة تشاهد أن الزلاليا فى المفرق ارتفعت الى ما فوق السائل الشفاف وجزء منها تراه ملتصقاً بحوافى أو جوانب المفرق

هذه الزلاليات المرتفعة فوق سطح السائل واللاصقة بالجوانب هى المادة

التى تحتوى على الانسولين — لذلك يلزم امتصاص السائل وترك هذه المادة داخل المفرق

أضف الى هذه المادة كؤول بنسبة ٩٥ ٪ حتى يصير هذا الكؤول مع المادة بنسبته من (٧٠ الى ٨٠ ٪)

هذا الخليط يرشح والسائل الكؤولى الذى يرشح هو الذى يحتوى على الانسولين

ولاجل ترسيب الانسولين من هذا السائل يضاف اليه كمية متساوية من الاتير النقى (Anhy drius ether) و بعد ست ساعات يفرر بالترسيب السائل الكؤولى الاثيرى لتبقى الرواسب فقط

هذه الرواسب تجفف فى فراع (Vacuo) ثم يغسل جيداً فى ماء محمض (p. H, ٧ر٤ الى ٠ر٥) ومحتو على ٣ر٠ ٪ كريسول (Cresol) ثم تترك أثناء الليل . بعد ذلك يرمى الماء أما الرواسب فتجفف بواسطة عملية التمركز (centrifuging) — هذه الرواسب تؤخذ فى ماء محمض محتو على ٣ر٠ ٪ كريسول ومحكم لدرجة (p, h, ٣ر٧) ثم يرشح

المرشح وهو ما يحتوى على الانسولين ينقى بواسطة العملية المسماة الترسيب المعادل الكهربائى (Isoelectric precipitation) أعنى بتحكيم الحموضة الى (p, h, ٤ر٧) ثم يوضع المحلول فى وعاء من الثلج من ١٠ الى ٢٤ ساعة

ثم يرشح المزيج ويؤخذ الراسب فى ماء محمض (p, h, ٢ر٥)

ثم يرشح ويخفف بماء محمض للقوة المطلوبة

أما طريقة معرفة القوة أو الوحدة فهى طريقة كبيرة نحيل من يود معرفتها على (American journal of Physiology Vol 62 p 162,)

ويجفف محلول الانسولين بماء معقم مقطر ويضاف اليه ١ر٠ كريسول ويرشح ثم يوضع فى أنابيب كما أوضحنا أولا

تعريب كلمة (Anaphylaxis)

للدكتور نجيب قناوى

بصحة اسكندرية

رأى تحرير المجلة ان يعرب كلمة (Anaphylaxis) « بالوهن الذاتى » وذلك تعليقا على تعريبى لهذه الكلمة « بزيادة التأثر »

أما كلمة « الوهن الذاتى » التى اختارها التحرير أو فضلها على غيرها من الكلمات الاخرى فلا تنطبق تمام الانطباق على الكلمة المعربة ولا تفى بالمعنى المقصود من (Anaphylaxis) لان الوهن الذى معناه الضعف الشخصى أو النفسى وهذا ربما يكون عرضا من اعراض الانافيلاكس وليس هو الانافيلاكس نفسه لان (Anaphylaxis) عبارة عن التفاعل الذى يحصل للجسم من تأثر خلاياه بأعادة حقنه بمادة زلالية اجنبية عنه

أما كلمة « سالب الحماية » فهى وان كانت افضل بكثير من الوهن الذاتى لانه أقل ما فيها انها تعريب حرفى لكلمتى (Ana) ومعناها (privitice) أو (Against) أى سالب أو ضد و تعريب (phylaxis) ومعناها (protection) أى حماية الا ان كلمة (anapylaxis) نفسها لا تنطبق على المعنى المقصود تماما فان (Roseneau) وغيره من العلماء قالوا ان (Rechet) لم يحسن لسؤ الحظ اختيار تلك الكلمة وفضلوا عليها كلمة (Hypersensitiveness) لانها تعبر وتفسر حقيقة هذا الحادث تفسيراً أوسع وادق من كلمة (anaphylaxis) لانه من المعلوم ان خلايا الجسم تتنبه أو تتأثر عند الحقنة الاولى بالمادة الزلالية وقد يزيد هذا التأثر زيادة ينتج عنها تفاعل شديد اذا ما أعيد حقنه بالمادة نفسها بعد انقضاء مدة التفريخ المعلومة وذلك التفاعل هو ما سماه (Rechet) (anaphylaxis)

وبناء عليه رأيت ان اختار كلمة « زيادة » التأثر تفسيرا لكلمة (anaphylaxis) وتعريبا لكلمة (hypersensitiveness)

وفاة من داء الكلب

بعد تلقيح المريض بثلاث سنوات عقب العضة

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية
(عن المجلات الانجليزية)

للدكتور عبد الحميد العرابي

نشر الدكتور دومتر سكومانتى (Dumitresco-Mante) تاريخ مرض أحد المرضى كان قد عضه كلب مصاب بداء الكلب وقد توفى بهذا الداء بعد مضى ثلاث سنوات وبضع أيام من العضة وكان قد عمل له علاج باستور (Pasteur Treatment) عقب العضة مباشرة

الانسداد المعوى التقلصى

أثناء حمى الانفلوانزا

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الاميركانية
(نقلا عن الجرائد الالمانية)

للدكتور عبد الحميد العرابى

ذكر الدكتور كولمرز (Colmers) ثلاث حالات انسداد معوى تقلصى أثناء حمى الانفلوانزا وقد عملت العملية لكل من هذه الحالات ولم يظهر أى انسداد انما وجدت تقلصات معوية تسببت عنها الاعراض الاكلينيكية . وهذه

الحالة كثيراً ما تصادف أثناء وباء الانفلوانزا . فاذا ظهرت الآم فى شكل مغص وأعراض أخرى مماثلة مصحوبة باسهال وقىء فيشتبه حالا فى وجود انسداد معوى تقلصى

وقد يلتمس الدكتور كولمرز عذراً لمن يشخص هـذه الحالات غلطاً لأن أعراض الانسداد المعوى ابتدأت بشكل حاد وبالرغم من كل العلاجات التى عملت لم يمكن ايقاف القىء ولا تهدئة باقى الاعراض . وعلى كل حال فانه فى الاحوال المشتبه فيها لا يزال يفضل عمل شق صغير فى البطن حتى يتضح له حقيقة الحال أفضل من أن تمر عليه حالة انسداد معوى حقيقى دون أن يعرفها

فالانسداد المعوى التقلصى أثناء الانفلوانزا ناشىء عن تأثر الجهاز العصبى المركزى على عضلات الامعاء وان التهيج الذى تحدثه الغدد الليمفاوية السربية المصابة ربما كان له دخل فى ذلك أو ربما يكون ناشئاً عن تأثير السميات الناشئة من محتويات الامعاء

الحقن داخل القلب بالادرينالين

(مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية)

الدكتور عبد الحميد العرابى

نشر الدكتور بودن (Boden) حالة أعيدت لها الحياة بالحقن بالادينالين داخل القلب

كان عمر الرجل ٥٦ سنة لما اعترته سكتة قلبية وكان فى حالة شديدة جداً وقد عمل له الدكتور بودن حقنة مورفين ١½ سنتى جرام تحت الجلد بدون نتيجة ظاهرة ولما ابتدأت حالة المريض تتأخر بسرعة اعطاه الدكتور بودن

حقنة تحت الجلد وحقنة فى العضل من زيت الكافور بمقدار ٢٠ر٠ سنتى جرام كل دقيقة مع حقنه تحت الجلد بالاتير والكافيين والادرينالين ولكن لم يظهر على المريض تحسن ما ولم يمكن جس النبض القعبرى (Radial Pnlse) ثم عملت له حقنة استروفانتين وادرينالين فى الوريد بدون نتيجة وبعد ذلك صمم الدكتور بودن ان يعمل له حقنة داخل القلب وقد اسرع الى غرفته ليستحضر أبرة طويلة وعند عودته بعد دقائق قليلة وجد ان المريض قد فارق الحياة تقريباً وكان جالسا على كرسى مرتخى العضلات ويظهر انه فاقد الحياة ورأسه مائلة الى خلف وكانت شفتاه وجلده عليهما زرقة وشكل اصفرار الموت وكانت عيناه مفتوحتان للغاية مع اتساع كبير فى الحدقتين . والحركة الانعكاسية للقرينة غير موجودة وكان المريض فى حالة غيبوبة تامة والشهيق سطحى والمدة بينه طويلة وغير منتظمة وكان الهواء يصل لغاية الحنجرة فقط وكان الشريانان القعبريان (Radial) والسباتى (Carotid) غير محسوسان . وكان النبض الانقباضى (cystolic) يسمع فوق القلب بين حين وآخر فقط أما النبض الانبساطى (Diastolic) فكان غير مسموع واخيراً وقف التنفس تماما وتبرز المريض على نفسه كما انه تبول كذلك دون ان يشعر ثم وقفت حركة القلب نهائيا . وقد اعتبر الدكتور بودن انه توفى ولم يكن هناك أى خطر من عمل حقنة داخل القلب وقد ادخلت الابرة فى المسافة ما بين الضلع الرابع والخامس من الجهة اليسرى بجانب عظمة القص (Sternum) تماما فوصلت الى داخل القلب . وقد شعر بحركة انقباض قصيرة وبسيطة تسببت عن التهيج الذى احدثته الابرة بلمسها عضل القلب

وقد حقن الدكتور بودن واحد سنتى متر مكعب من محلول الادرينالين بنسبة $\frac{1}{1000}$ ثم استخرج الابرة بسرعة وبعد ذلك ببضع ثوان لوحظ تحسين فى ضربات القلب وبعد مضى نصف دقيقة كان منتظما . وقد تحسن النبض

العقبري وأمكن جسه وفى آن واحد ظهر التنفس مع التحسين الذى طرأ على القلب وكان الشهيق عميقاً ومنتظما . وبعد ذلك ببضع دقائق رجعت الحركة الانعكاسية للقرنية واضيقت الحدقة التى كانت متسعة وتغير اصفرار الشفة والوجه بلون احمر مائل الى الزرقة وبعد قليل اختفت هذه الزرقة لما ابتدأ يتنفس تنفساً عميقاً ولم يتنبه المريض عن غيبوبته الا بعد ساعتين ولما استفاق لم يكن يتذكر شيئاً مما حصل له . وبعد عمل الحقنة بساعتين ونصف ساعة أمكنه بمساعدة غيره ان يتمشى خطوات قليلة حتى وصل لفراشه وكان يشعر بتحسن ولكنه فى حالة تعب وبعد الحقنة بثلاثة شهور كانت حالة المريض جيدة جداً من كل وجه

ويعتقد الدكتور بودن ان الحقنة داخل القلب اعادت للمريض حياته

الضغط المائى على الاوردة فى الحمام

مترجمة عن مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

شرح الدكتور شوت (Schott) فى مقاله تأثير الضغط المائى على الاوردة (Veins) فقال ان الضغط المائى يسبب ارتفاع الضغط الوريدى بدرجة منبهة للقلب وهذا عامل آخر فى المفعول العلاجى للحمامات .

شكر

صاحب السمو الامير يوسف كمال

صورة الخطاب المرسل من الجمعية الطبية المصرية لسكرتير حضرة صاحب السمو الامير يوسف كمال للتشكر لسموه على هديته للجمعية وهى

١ — نسخة من كتاب مصر فى القرن التاسع عشر
١ — » » » لمحة عامة الى مصر تأليف كلوت بك جزء أول وثانى
١ — » » » الرحالة الاولى للبحث عن ينابيع البحر الابيض
(النيل الابيض)

حضرة صاحب العزة سكرتير خاص حضرة صاحب السمو الامير يوسف كمال

قد تلقينا مع مزيد الشرف هدية حضرة صاحب السمو القيمة ونحن نرجوكم أن تنوبوا عنا فى ابلاغ سموه مزيد شكرنا على تعطفه السامى وحسن عنايته أطال الله بقاءه وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ؟

عن رئيس الجمعية الطبية المصرية

الدكتور على ابراهيم

تهنئة

سعادة الاستاذ الدكتور محمد شاهين باشا

قررت هيئة الجمعية الطبية المصريه المنعقدة بجلسة شهر اكتوبر ارسال التهنئة الآتية تلغرافياً لسعادة الاستاذ محمد شاهين باشا بمناسبة تقلده منصب وكالة وزارة الداخلية للشؤون الصحية — وهذه صورة التلغراف

حضرة صاحب السعادة الزميل الاستاذ الدكتور محمد شاهين باشا

بمناسبة اجتماع الجمعية الطبية المصرية لأول جلسة علمية بعد العطلة الصيفية قد رأت الجمعية التى تتشرف بعضويتكم فيها أن تتقدم الى سعادتكم بالتهنئة الخالصة على تقلدكم منصب وكالة وزارة الداخلية للشئو ن الصحية

وتنازلو سعادتكم بقبول فائق الاحترام ؟ رئيس الجمعية الطبية المصرية

عيسى حمدى

محضر الجلسة العلمية السابعة عشرة

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

عقدت الجلسة بقاعة قومسيون البلدية الساعة السابعة الا ربع من مساء السبت ٦ اكتوبر سنة ٩٢٣ برئاسة صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن رئيس الجمعية وحضور ٣١ طبيباً

فقام سعادة الرئيس مهنئاً بتولى صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا مركز وكالة وزارة الداخلية فى الصحة متمنياً لسعادته كل نجاح وللحالة الصحية فى القطر كل تقدم على يديه . ثم هنأ صاحب السعادة الدكتور حسن رأفت باشا حكيمباشى الحرس الملكى بانعام جلالة الملك عليه برتبة اللواء والباشوية الرفيعة ثم قدم حضرة الدكتور محمد عبد الحى لالقاء محاضرته عن

علاج مرض السكر بالانسولين

وهى المنشورة فى افتتاحية هذا العدد فألقاها ثم دارت المناقشات الآتية فى موضوعها .

قام سعادة الدكتور ظيفل باشا شاكراً المحاضر على موضوعه الثمين وعلى تضحيته وقته للحضور من القاهرة خصيصاً . وتمنى ان تدوم هذه الابحاث حتى يزاح الستار عن سبب هذا المرض المحاط بالاسرار

ثم سأل الدكتور على عطيه نجم المحاضر عما ورد فى محاضرته من ان رد الفعل الذى ينتج من الحقنة فى بعض الاحيان هو لسبب عصبي . وسأل اليس السبب هو نزول نسبة السكر فى الدم فأجابه الدكتور عبد الحى ان التأثير المسبب للاعراض هو تأثير عصبي لان اعطاء الحقنة الزائدة ينقص كمية السكر

فى الدم والظاهر ان هذا الافتقار للسكر يؤثر على القاعة الرابعة فى المخ فيسبب الاعراض المعروفة

وسأل الدكتور عطيه أيضاً هل صحيح ان ثلاثة شهور كافية لاتمام شفاء المريض بالانسولين فاجاب المحاضر ان بعض المرضى شفوا فعلا فى هذه المدة ورأى بعض الاطباء ان هذه المدة كافية ولكن لم يتأكد للآن من ذلك .

وأشار الدكتور عطيه أيضاً انه قرأ انه لابد من اعطاء الانسولين للمرضى حتى بعد شفائهم مثلا كل عام

فأجابه المحاضر انه لم يقرأ هذا الرأى ولكنه يقول ان معنى شفاء المريض هو هبوط السكر فى الدم الى الطبيعى . فاذا كان هناك مريض قد شفى فلا فائدة ولا داعى لاعطائه شيئاً بعد شفائه

ثم ذكر الدكتور هريدى ان الانسولين الآن يباع فى السوق بثمن مرتفع وهذا عيب يجعله فى غير متناول الجميع . فوافقه المحاضر على ذلك مشيراً الى ان طريقة تحضير ذلك الدواء شاقة وتحتاج لمهارة فائقة ودقة ولذلك لا يحضر الا فى معامل خاصة بمقادير قليلة ومن هنا ينتج غلو ثمنه . وان مدرسة الطب قائمة بتحضيره ولكن لا يزال فى حالة أولية أى (crude) ويحتاج لتهذيب كثير

ثم دارت مناقشات فى تغير الانسولين وفساده مع الزمن فاشار المحاضر الى ان محلول الانسولين محلول شفاف فاذا حدثت فيه كدورة أو ركود دل هذا على فساده

ثم قام الدكتور محمد أمين سائلا المحاضر عن قيمة الانسولين العلاجية لجميع الحالات . فاجابه بان الانسولين علاج تعويضى يقوم مقام الانسولين المفقود من الجسم لمرض جزيرات البنكرياس . وهو مؤقت فى الاحوال الحادة أى التى ترتاح بأعطائه فيها الجزيرات فتعود الى طبيعتها . ودائم فى الحالات المزمنة التى

يكون قد تم فيها تلف الجزيرات فلا بد فى هذه الحالة من استعماله طول الحياة

فسأل الدكتور أمين هل عمل تشريح على بعض المتوفين من المرضى للتأكد من ان الجزيرات قد تغيرت حالتها مع العلاج فأجيب بان ذلك لم يحصل للآن

فسأله هل عملت عمليات تطعيم الجسم بالبنكرياس لعلاج السكر كما تعمل عمليات تطعيم الغدد الاخرى ذات الافراز الداخلى . فأجابه المحاضر ان فان نوردن عملها ولكنها لم تنجح بسبب سرعة فسادها (نكروز) .

فسأل عن مفعول الادرينالين عند اعطائه فى حالات الغيبوبة التى تسبب من الانسولين وهل يمكن اعطاء التبوترين بدلا عنه فاجابه المحاضر ان مفعول الادرينالين يمكن تفسيره بانه قابض للاوعية ومن جهة أخرى له قوة اخراج النشويات المخزونة فى الجسم لحفظ التوازن المفقود وان التبوترين له نفس فعل الادرينالين

ثم قام الدكتور عبد الواحد الوكيل مشيراً انه كان له حظ علاج أحد مرضى الدكتور عبد الحى باسكندرية وانه لاحظ بعض ملحوظات بسيطة غير التى ذكرها حضرة المحاضر وهى انه كانت تحدث للمريض نوبات رد فعل بعد نصف ساعة باسرع مما هو مذكور . وان تلك النوبات كانت تزول كما هو معلوم بسرعة عند تناول المريض ست قطع من السكر فاذا زاد عليها المريض ظهر أثر السكر فى بوله عند تحليله . ولاحظ أيضا ان التعب والغضب والتهيج العصبى مما يظهر السكر فى البول مع علاج الانسولين . ونصح ان يمنع المرضى عن العمل والتهيج أو ان يعطوا عملا بسيطاً أثناء علاجهم . فاشار الدكتور عبد الحى انه يرى ان سرعة حدوث النوبة مسببة من ان الانسولين يكون قد دخل احد الشعيرات عند حقنه فيؤثر تأثيراً سريعاً

ثم سأل الدكتور ظيفل باشا عن تفسير للحالات التى يحصل فيها ان مريضاً يحلل بوله طبيب فيجد السكر فى بوله فاذا توجه لآخر فى نفس اليوم

لم يجد فى بوله شيئاً . فأبدى المحاضر رأيه فى ان تلك الحالات يرجح انهـا لاشخاص يكونون قد تعاطوا طعامهم قريبا فيظهر السكر فيه فاذا ما مر قليل من الزمن عادت النسبة السكرية فى الدم الى المعتاد برجوع الميكانيكية السكرية الى طبيعتها فيختفى السكر من البول

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء ؟

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة العلمية الرابعة والثلاثين

للجمعية الطبيه المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بدار المجمع العلمى المصرى لوزارة الاشغال تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا فى صباح يوم الجمعه ١٢ اكتوبر سنة ١٩٢٣ وأفتتح سعادة الرئيس الجلسة فى الساعة العاشرة والثلث شاكراً لجميع الزملاء مثابرتهم واجتهادهم فى الفرقـة الأولى من السنة الحالية راجياً أن يتضاعف ذلك الاجتهاد فى المستقبل ثم قال بأنه ينعى بمزيد الاسف والحزن وفاة حضرات الاطباء .

المرحوم الدكتور على بك لبيب . المرحوم الدكتور وديع برباري . المرحوم الدكتور المصرى . المرحوم الدكتور البرعى

واقترح سعادته ايقاف الجلسة خمس دقائق حداداً على فقدهم : وبعـد ذلك اقترح الدكتور عبد الحميد حمزه ارسال تهنئة لسعادة الدكتور محمد شاهين باشا العضو بالجمعية بمناسبة تعيينه وكيلا للداخلية للشؤون الصحية وذلك بمناسبة اجتماع الجمعية لأول جلسة بعد العطلة الصيفية فوافق الحضور على ذلك وأرسلت

التهنئة المنشورة فى غير هذا المكان.

ثم دعا سعادة الرئيس الدكتور محمد عبد الحى لالقاء محاضرته عن (علاج السكر بالانسولين) وهى المنشورة فى افتتاحية هذا العدد وعند الانتهاء من المحاضرة شكره سعادة الرئيس على محاضرته المفيده

هنا تكلم الدكتور اندراوس عريان عن أحوال سكر عالجها بالانسولين وبدأ الكلام عن بعد الاصطلاحات التى ذكرها الدكتور عبد الحى فدارت مناقشة طويلة (وهى المنشورة فى هذا العدد .) اشترك فيها عدد كبير من حضرات الاعضاء بخصوص استعمال السكر والبول السكرى والديباسطى والكفاءة الكلوية (والحاجز الكلوى للسكر) فتم الاستحسان لكلمة الحاجز الكلوى للسكر لترجمة (Glycusona threshold) والسكر لترجمة (DiabetsMellitus) والبول السكرى فى الاحوال التى يكون فيها سكر فى البول لا فى الدم .

ثم تلا محاضرة قصيرة ذكر فيها طريقة فحص الدم لمعرفة مقدار السكر وهى تمتاز عن غيرها بكونها من السهولة بمكان يجعل الطبيب قادراً على عملها فى عيادته فى أقل من نصف ساعة وذكر أنه جربها أكثر من أربعين مرة وبعد الانتهاء قام الدكتور على حسن وتناقش مع المحاضرين فى بعض نقط

واقفلت الجلسة فى الساعة الثانية عشر والدقيقة ٢٥ بعد الظهر م

السكرتير

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد


ميدي
مرهم ميدي
لبوس ميدي
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
ادرينالية
استوفاييه
انستيزيه
خلاصة ابو فروة الهندي جديدة وثابتة
يحتوي على اربع عناصر فعالة وقليلة تأثير مجمعة
للبواسير
حبيبات فوارة
پيپرازين ميدي
لا بد من الاعتراف هنا بالمكانة العظمى التي يلقاها البيبرازين ميدي لدى جمهور الاطباء والمرضى وإن الادوية الحديثة ما هي الا مسميات ولا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لهوشار
من الاربعة الى ستة ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحموضة البوليك

العدد الاول | يناير سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية
لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٣ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد العاشر | ديسمبر سنة ١٩٢٣ | السنة السادسة

الصدر الهوائى الصناعى

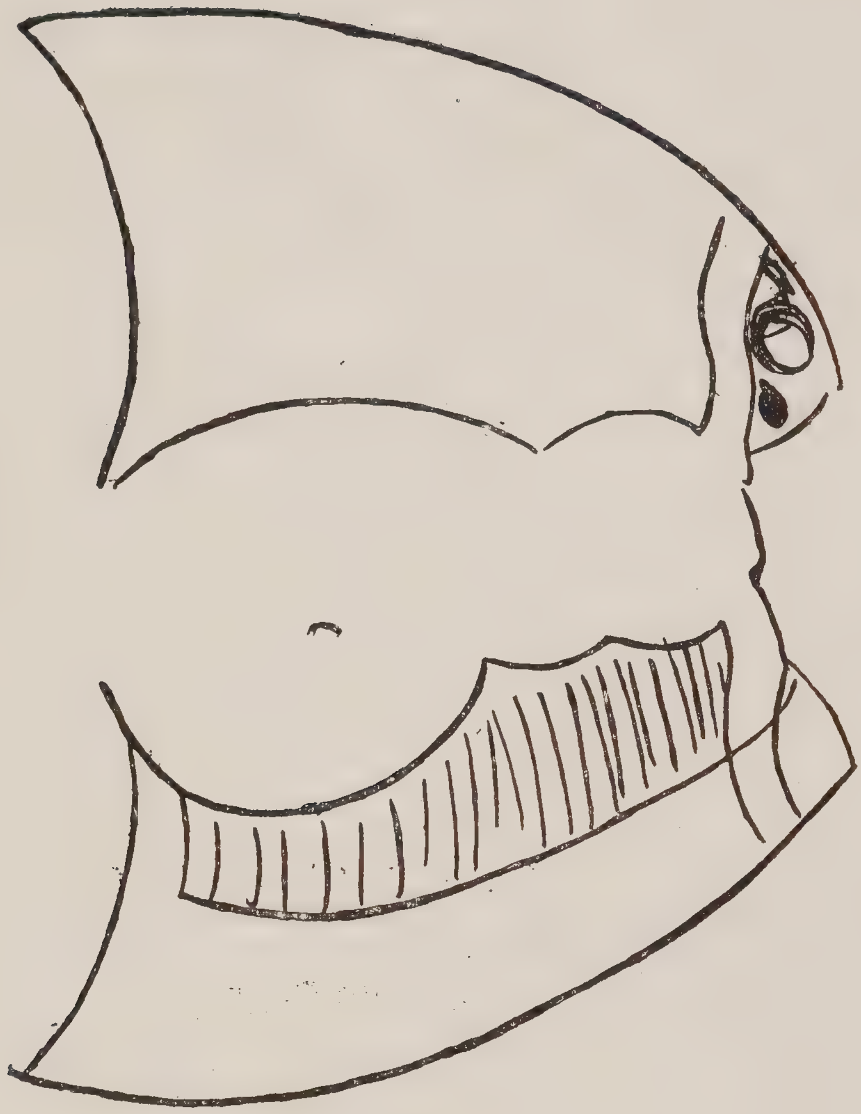
لعلاج السل الرئوى

للدكتور اندراوس عربانه

ياحضرة صاحب السعادة الرئيس وياحضرات أصحاب العزة الزملاء الافاضل

اسمحوا لى ان اذكر لكم ما دعانى لالقاء هذه الكلمة الوجيزة — فى أثناء شهر مايو من هذا العام كنت بباريس وزرت مستشفى لا انك (Laënnec) الذى اشتهر فى هذه العاصمة بعلاج أمراض الصدر وقد ترددت عليه مدة من الزمان فوقفت على أمرين . الامر الاول ان كل مريض مصاب بالرئة أو بالمعدة أو بالامعاء لابد وان يكشف عليه باشعة رنتجن . الامر الثانى ان أهم علاج يعالج به المسلولون هناك هو بطريقة حقن الهواء فى التجويف البلورى

و بعد رجوعى خطر لى أن أقوم بعمل هذه العملية البسيطة للمرضى الذين يصح أن تعمل لهم وفى هذين الشهرين عالجت حالتين بهذه الطريقة واسمحوا لى أن أبدأ بذكر ملاحظاتى — الحالة الاولى — ن . ع عمره ٥٥ سنة من أهالى



(شكل ٢)



(شكل ١)

القليوبية . هذا الرجل كان تحت عنايتى منذ نيف وخمس سنين اذ كان مصاباً بداء الفيل ولم يكن بالرئتين أى علامة ما . زارنى فى منتصف فبراير من هذا العام فوجدت عنده ارتفاع فى درجة الحرارة ونزلة شعبية حادة فى الرئتين. عالجته مدة خمسة عشر يوما كنزلة شعبية حادة ولكن العلاج كان قليل الجدوى ثم اضطر للذهاب الى بعض الزملاء لمناسبة سفرى وبعد مضى زمن اهتدى احد الزملاء الى تشخيص المرض وهو درن رئوى مع وجود باشلس كوخ بكثرة متناهية فى البصاق . زارنى فى أوائل شهر يوليو فوجدت به تجويفاً فى الرئة اليسارية كبير الحجم واصابات متعددة فى الرئة . وسمعت خشخشة رفيعة فى فتحة الرئة اليمنى . أعطيته دواءاً مقويا وارجأته حتى تصلنى أشعة رنتجن لاحاول عمل الصدر الهوائى الصناعى له ففى ٢٧ يوليو عملت له أول حقنة من الهواء وكانت حالة صدره قبل العملية وبعد العملية كما هو مبين بالشكل نمرة ١ و ٢ وكان يزن وقتئذ ٥٦ كيلوغراما

وبعد ذلك مباشرة لاحظت ان درجة الحرارة هبطت عن قبل وكان التنفس أسهل أما كمية البصاق فبقيت على حالها حتى ٣١ أغسطس ١٩٢٣ حيث عملت له حقنة أخرى وكان وزنه ٥٨ كيلوغراما أى بزيادة اثنين كيلوغراما وبعد ذلك ابتدأ البصاق يقل رويداً رويداً ولونه يتغير الى الصفاء وعملت له حقنة ثالثة فى ٥ اكتوبر اذ كان يزن ٦٠ كيلوغراما ونصف كيلوغرام وامتحن البصاق فوجد جانب من باشلس كوخ

الحالة الثانية

ا . م عمره ٢٠ سنة من القليوبية حضر الى وعنده نزيف رئوى استمر نحو خمسة عشر يوماً وكل يوم يفقد من مائتى الى ثلاثمائة غرام من الدم رغماً عن استعمال الامتين والارجوتين ولبنات الجير ففحصته حالا بالاشعه فوجدت بالرئة اليمنى تجويفاً حجمه يوازى بيضة الدجاجة واصابات متعددة فى الفصين

الاعلى والاوسط ولم أر فى الرئة اليسرى سوى تضخم الغدد السرية Hilum glands وكانت درجة حرارته ٣٩٫٥ وتنفسه ٤٢ ونبضه ١٤٠ فعملت له حالا حقنة الهواء فى التجويف البلورى ورأيته فى اليوم الثانى فوجدت حراراته ٣٧ وتنفسه ٢١ وأنقطع الدم بتاتاً

الصدر الهوائى الصناعى هو حقن التجويف البلورى بالهواء أو بالغاز وذلك لاعطاء الرئة الراحة التامة واعفائها من القيام بأى عمل ما والفضل فى ذلك للانسجة المرنة الموجودة بالرئة

والغاز الذى يحقن هو الهواء العادى أو الازوت أو الاوكسيجين ويفضل الأول لسهولة الحصول عليه الا أن به مقداراً من الاوكسيجين يمتص بسرعة ولذلك يستحسن حقن الاوكسيجين فى الحالات الوقتية أو فى عمل الحقنة الأولى

ولقد وصف فواليه (woillez) هذه الطريقة عام ١٨٣٧ وعمل رامادج Ramadge عام ١٨٣٤ حالتين فى مرض السل الرئوى وذكر پوتن Potain فائدة حقن الغازات بعد سحب الانسكاب البلورى ولكن لم تنتشر هذه الطريقة الا بفضل فورلانينى Forlanini ولذا سميت بحق باسمه فقد اقترح استعمالها عام ١٨٨٢ وجربها عام ١٨٩٤

الحالات التى يمكن أن تعالج بهذه الطريقة

أولا خراج الرئة. وغرغرينة فى الرئة . والاكياس الديدانية (Hydatid) الصديديه والتهاب شعبى منتن وتمدد فى الشعب اذا كان فى ناحية واحدة

ثانياً حالات السل الرئوى

لقد وصفت هذه الطريقة لعلاج السل الرئوى اذا كان محصوراً فى جهة واحدة ولكن دلت التجاريب بانه لاحذر من علاج الحالات التى تكون فيها

احدى الرئتين مصابة باصابات كثيرة والرئة الاخرى مصابة باصابات خفيفه جداً أو باصابات ليست فى حالة النمو

ا — السل الرئوى الحاد الذى يكون شكل التهاب رئوى جنبى أو التهاب رئوى شعبى وفى هذه الحالة يبدأ المرض فى جهة واحدة ولكنه ينتقل الى الثانية اذا لم يتدارك الامر بسرعة

ب — السل الرئوى المزمن الذى ينمو ويتقدم وتكون أغلب الاصابات فى رئة واحدة وأقليتها فى الاخرى

ج — الحالات المصحوبة بنزيف غزير أو متكرر

ومن هـذا يستنتج بان لا داعى لحقن الهواء فى حالات السل الرئوى الاجهاضى الذى ذكره بارد Bard وهو التهاب بلورى فى قمة الرئة قلما يمتد ولا داعى كذلك لعمله فى حالات السل الرئوى التجويفى الساكن أى الذى لا ينمو بل يكون عند المريض تجويف رئوى منذ سنين عديدة غير مصحوب بارتفاع فى درجة الحرارة أو عرق أو سرعة تنفس ولا يوجد باشلس كوخ بكثرة فى البصاق وأقول بكثرة لان هناك حالات من هذا النوع يفرز المريض فيها باشلس كوخ فى البصاق ولكن عدده نادر جداً وليس وجوده دليلا على تقدم المرض وفى كل الحالات ما عدا حالات النزيف يجب وضع المريض تحت الملاحظـة للتأكد من تقدم المرض او عدمه . ويجوز حقن الهواء عند الطفل كما هو الحال عند الكهل فلقد عولج به طفل عمره تسعة شهور وامرأة عمرها ٦٥ سنة ولا يمنع تدرن الحنجرة من عمل العملية لان كمية البصاق تقل وتمنع العدوى للحنجرة أما تدرن الامعاء فيمنع هذه العملية . لانه قد دلت التجارب على ان الاصابات الدرنية كالقروح فى الامعاء تكثر وتشتد خطورة بعد العملية ولكن التهاب الامعاء المخاطى بالعكس يستفيـد كثيراً من حقن الهواء ويتحسن بسرعة

أما فى الحمل فالرأى الراجح أنه يجوز حقن الغاز فى حالات الحمل ولكن

هناك بعض الاراء تخالف هذا الرأى أما فى حالات النزيف فهذه العملية يجب ان تعمل كما يفتح البريتون فى حالة انثقاب الامعاء والحق يقال بان الطبيب بضغطه على الرئة انما يوقف النزيف كما لو ربط الشريان المفتوح

ويمنع هذه العملية حالات هبوط القلب والضعف العام والامفيزيما وسوء حالة المريض اذا كان وصل لدرجة لا يرجى معها ان يعيش حتى تؤثر عليه العملية واذا وجد اصابات درنية خارج الرئة سوى درن الحنجرة

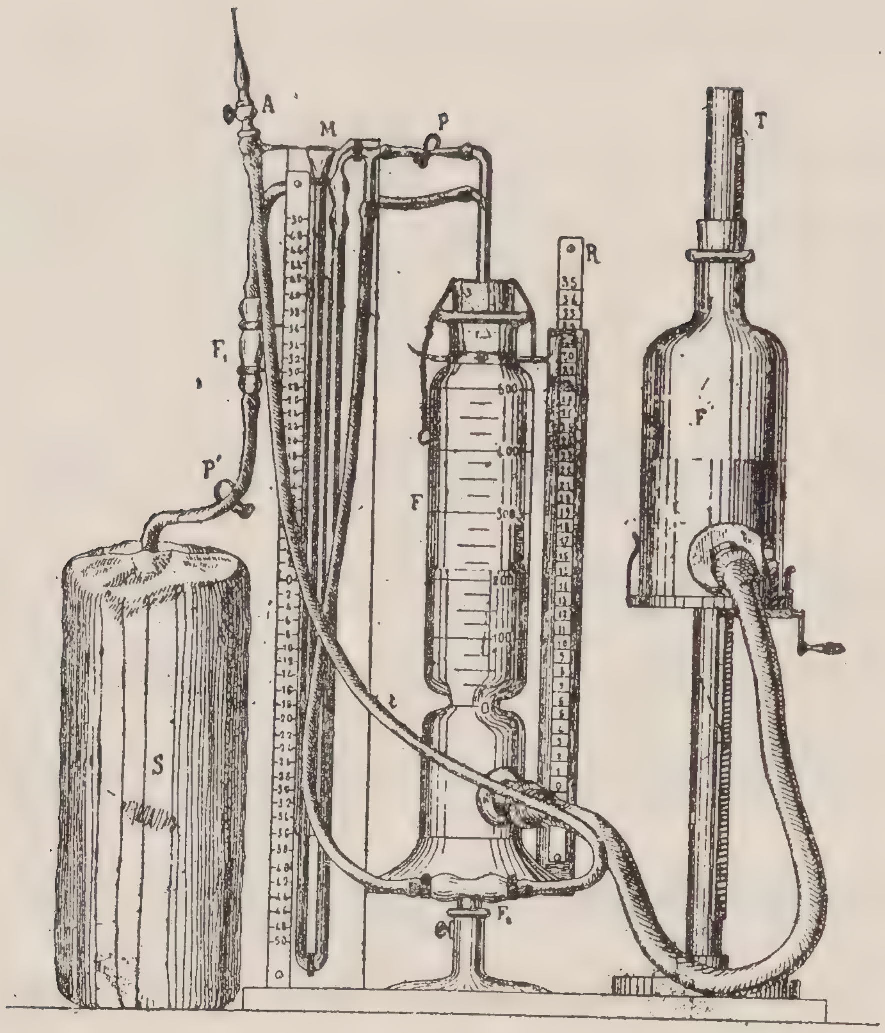
اذاً فواجب على الطبيب ان يلاحظ مريضه وان يفحصه بدقة قبل الشروع فى حقن الهواء فالفحص الاكلينيكى الدقيق يجب ان يكمل بالفحص بأشعة رنتجن للتأكد من حالة الرئة المريضة والرئة الاخرى وحركة الحجاب الحاجز وسير العلاج

الطريقة

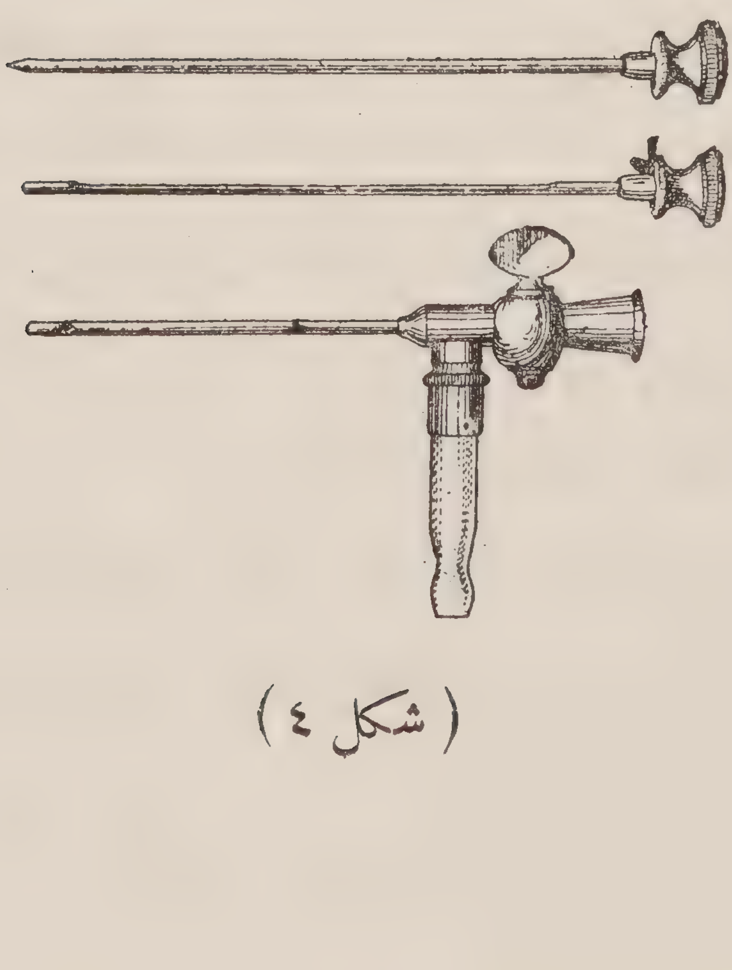
هناك طريقتان الأولى طريقة براور Braver وهى تنحصر فى عمل جرح صغير فى المسافة بين الاضلاع حتى يصل الى البلورا فيدخل قناة (Cannulà) وهذه الطريقة يندر استعمالها

الطريقة الثانية لفورلانينى وهى المستعملة الآن وأحسن جهاز هو جهاز كيس (Küss) وهو يحتوى على وعائين كل منهما يسع لتراً من الماء أحدهما متحرك والآخر ثابت ومانومتر مائى واسطوانة للغاز ومبذل مدبب وآخر غير مدبب وقناه

ينام المريض على الجانب السليم ويوضع تحت جانبه مخدة واذا كان المريض عصبياً يعطى مليجراماً من المورفين وبعد دهان الجانب بصبغة اليود وتعقيم الايدى يعطى حقنة ستوتايين ثم تدخل القناة مع المبذل المدبب فى المسافة الرابعة الى الثامنة تحت الابط أو أمام العضل الظهرى العظيم أو تحت زاوية



(شكل ٣)



(شكل ٤)

عظم اللوح ويجب أن يدخل المبذل فوق حرف الضلع الاسفل ليتحاشى جرح الاوعية الدموية فبعد اختراق العضله الخارجة ثم الداخلة يشعر الطبيب بمقاومة الصفاق فيخرج المبذل المدبب ويضع مكانه المبذل غير المدبب ويدخل به الى الداخل فيخترق البلورا الخارجيه ويصير فى التجويف البلورى فعند توصل القناة بالمانومتر يكون الضغط سلبياً ببضعة سنتيمترات ويشاهد تذبذبات قوية (oscillations)

فاذا كانت القناة فى الرئة كان الضغط السلبى قليلا جدا أو معدوما والتذبذبات خفيفة جداً والغاز لا يدخل بسهولة فيحقن فى اليوم الاول ٢٥٠ الى ٥٠٠ سنتيمتر مكعب وفى اليوم التالى يستعمل المبذل أيضاً ويحقن ٥٠٠ سنتيمتر مكعب وفى اليوم الثالث تستعمل ابرة حقن عادية ويحقن تدريجياً حتى ١٨٠٠ سنتيمتر الى ٣٠٠٠ سنتيمتر حتى يكون الضغط السلبى قد انعدم ثم تعمل الحقن كل اسبوع أو خمسة عشر يوماً وعند تقدم العلاج تعمل كل شهر أو شهرين مرة

ويجب أن يكون الضغط ايجابياً قليلا حتى تضغط الرئة ضغطاً تاماً ولكن هناك خطراً كبيراً اذا زاد الضغط الايجابى كثيراً ويجب أثناء العمل قياس الضغط بالمانومتر بين كل مدة وأخرى

وبعد الانتهاء تظهر علامات الصدر الهوائى أما اذا سمع خرخرة Râle وتنفس حويصلى (Vesicular) كان ذلك دليلا على وجود التصاقات بلورية

والالتصاقات البلورية هذه ربما كان الضغط الغازى كافياً لفصلها واذا كانت منحصرة عند قمة الرئة فيمكن ضغط الرئة كما لو كانت معدومة ولكن هناك بعض الحالات حيث توجد بعض الفواصل البلورية ملتصقة بالجدران فتمنع التجاويف الرئوية وربما منعت حقن الهواء فى التجويف البلورى بالكلية

التأثير

اذا وجهنا النظر الى علاج الدرن خارج الرئة وجدنا أنه منحصر فى اعطاء العضو الراحة التامة وعدم تحريكه واعطاء المريض الادوية المقوية كزيت السمك وخلافه وتعريضه لضوء الشمس والهواء الجاف وهواء الجبال الخ

لحقن الهواء أو الغاز فى التجويف البلورى هو الطريقة الوحيدة التى تؤدى لنا هذا الغرض فالرئة المضغوطة يمكن بقاؤها فى هذه الحالة مدة سنتين فا كثر ولقد عالج فورلانينى أحد مرضاه بهذه الطريقة لمـدة خمسة عشر سنة ويمكن للطبيب ان يسمح للرئة بالعودة الى العمل ثانيا بابطال الحقن أو ببذل الهواء من الصدر وفى كل الحالات ترجع الرئة الى العمل ثانيا لان الحبوب الحويصليه (alvéoles) تصبح جوانبها سميكه ولـكنها لا تهبط

أما الدورة الدموية فى الرئة فتقف تماماً بخلاف أوعية الشعب فانها لا تتأثر لا قليلا وهذا ما يفسر سرعة وقوف النزيف الرئوى . كذلك يفسر لنا أن السموم التى يمتصها الدم من الرئة لا تعود تدخل الى جسم المريض وهذا هو السبب فى سرعة نزول درجة الحرارة وزوال سرعة التنفس والنبض

أما الحمى الناشئة عن باشلس كوخ فهذه لا تهبط بسرعة بل لا بد لها من بضعة أيام حتى تحسن حالة المريض فتزول

و بضغط الرئة يمتنع دخول الاجسام الغريبة التى تهيج الانسجة الرئوية وتجعلها تربة خصبة لباشلس كوخ كذلك تمنع العدوى الناشئة من استنشاق البصاق أو الدم فى أجزاء سليمة أو فى الرئة الاخرى وهذا كما تعلمون اكبر سبب لانتشار السل فى الرئتين

و بضغط الرئة أيضاً تصبح التجاويف والدرنات أكثر سهولة لحصرها بالانسجة الليفية

ولقد كثر التضارب فى شأن الرئة الاخرى اذا كان بها اصابات خفيفة فالبعض يعتقد بان هذه الاصابات تحت تأثير المجهود الذى تقع تحته الرئة فتهيج وتنتشر ولكن الرأى الراجح الآن انها تحسن والسبب فى ذلك لم يعلم بعد بالضبط ولكن يقول مول وماكناب (Moll & Mc Nab) أنه بسبب هذه المجهودات يحصل التهاب مخاطى شعبي وأفراز غزير من الشعب السليمة وهذا يسبب وقاية للاصابات الدرنية ولكن لا يعزب عن البال بان قلة امتصاص السموم من الرئة الاولى وايقاف الاصابات الدرنية ونزول درجة الحرارة وفتح الشهية وتجديد القوى كل هذه الاعراض يشعر بها المريض بعد حقن الهواء ولابد وان يكون لها تأثير حسن على الاصابات الخفيفة الموجودة فى الرئة المقابلة

الحوادث والمضاعفات

ان الحوادث والمضاعفات فى هذه العملية متعددة ولكن البعض له أهمية خاصة والبعض الآخر لا أهمية له مطلقا من الوجهة العملية ومن النوع الآخير جرح الاوعية الدموية التى تسير تحت الضلع وهذا يمكن اجتنابه بادخال المبذل فوق حرف الضلع الاسفل كذلك اذا جرح الضلع أو جرحت الرئة فى مكان سليم من المرض فان ذلك لا يحدث أدنى ضرر

والامفيزيما التى تحصل تحت الجلد من عدم دخول الهواء فى التجويف البلورى أو من ارتداد الهواء ثانيا بعد الحقن لا خطر منها مطلقا . انما الامفيزيما التى تحصل فى الانسجة الرئوية أو فى المنتصف الصدرى (Medias-tinum) وذلك لسبب ان الحقن تحت ضغط ايجابى مرتفع يحدث آلاما شديدة ويضغط على الاعضاء الصدرية ويضايق حركتى التنفس والازدراد وربما ارتفع الهواء أو الغاز حتى العنق

الحوادث العصبية : ان هذه الحوادث من أخطر ما عرف وربما ادت الى

الموت فى بحر يوم الى أربعة أيام وتحدث عادة فى الحقنة الاولى اذ يشعر المريض بغتة بالم شديد ثم يحصل له تشنجات أو شلل أو غيبوبة أو هذيان ويكون النبض والتنفس سريعين جداً — وربما تزول هذه الاعراض بسرعة كما بدأت أو تنتهى بالوفاه

والسبب فى ذلك مجهول فالبعض يفسره بحدوث سدة هوائية من ادخال الهواء فى الاوعية الدموية ولكن نظرية الانعكاس البلورى ربما كانت أقرب الى الصواب لان هذه الحوادث بعينها تحصل عند بذل الانسكابات البلورية أو عند غسيل التجويف البلورى بمادة مطهرة أوعند دخول ابرة الاستكشاف فى التجويف البلورى

وفى أثناء العلاج قد يقل وزن المريض وسوء حاله وتضعف قواه وتحصل له زرقة (Cyanose) فى الوجه والاطراف وذلك رغما عن نزول درجة الحرارة وهذه الاحوال تشاهد عادة عند المرضى الذين يعالجون على قمم الجبال وتحدث أحيانا حالات الموت الفجائى وهذا يذكرنا بالموت الفجائى الذى يحدث كثيراً فى حالة الانسكاب البلورى

وربما تسوء حالة الهضم وترتبك المعدة بسبب الضغط عليها ولكن ذلك لا يكون سبباً فى ايقاف العلاج

الانسكابات البلورية والتهاب البلورا كثيرة الحدوث فان Murard ميرار ذكر بانها تحدث فى ٢١ر٦٨ ٪ ومن هذه ٤١ر٨ ٪ صديدية مبدئيا أو ثانويا وليست اكثر حدوثا فى حالات التصاقات البلورا ولكنها تكون أشد خطورة وقد يكون من مسبباتها البرد وقد تظهر منذ الايام الاولى أو بعد مضى ثلاث سنوات ولكنها تحدث غالبا فى الشهر الثانى الى الشهر الثامن وتظهر باشكال اكلينيكيه متعددة

التهاب البلورا الخفيف الخفى كثير الحدوث ولا يمكن معرفتـه بالطرق

الاكلينيكية ولـكن اذا كشف على المريض باشعة رنتجن وجد ظل سطحه أفقى ويتموج مع حركات الصدر وقد يسمع فى قاعدة الرئة الاخرى خرخرة ناشئة عن الاحتقان وربما يشعر المريض بألم خفيف وارتفاع ضعيف فى درجة الحرارة وهذا النوع لا يأخذ فى الازدياد ويتصرف فى بحر بضعة أسابيع

أما الانسكابات الاكثر مقداراً فترتفع فيها درجة الحرارة بغتة الى ٣٩° وتستمر حوالى ٣٨° ويشعر المريض بألم فى الجنب ولـكن لا يشكو من سرعة التنفس والنبض ويمكن للطبيب بسهولة أن يميز علامات الصدر الهوائى المائى ويمكن مشاهدته بسهولة أكثر بواسطة أشعة رنتجن واذا وضعت ابرة متصلة بمانومتر وجد أن الضغط أعلا مما كان عليه عند الانتهاء من آخر حقنة وتهبط الحرارة عادة بعد مضى خمسة عشر يوما ويمتص الانسكاب فى بحر بضعة أسابيع

أما الانسكابات الصديدية فتكون درجة الحرارة فيها أكثر ارتفاعا ولا تهبط بسرعة ولـكن مع ذلك قلما يشاهد سرعة التنفس أو سوء الحالة العمومية والسائل يبقى بالتجويف البلورى شهوراً عديدة أو سنين وربما يزيد مقداره حتى يضطر الطبيب الى بزله عدة مرات ولا تستمر درجة الحرارة فى الارتفاع بل تأخذ فى الانخفاض مع بقاء السائل على حاله والنتيجة النهائية هى امتصاص السائل مع تخلف التصاقات بلوريه كليه

وقد يوجد بعض الحالات التى تظهر بمظهر الخطر الحقيقى بالنسبة لارتفاع درجة الحرارة الى ٤٠° أو أكثر وسرعة النفس والنبض فاذا كان ذلك ناشئاً عن أحد الميكروبات كالساتيفون أو ستربتو أو نيومو كان ذلك يتوقف على نوع الميكروب المسبب اما اذا كانت خالية من الميكروبات فانها عادة تنتهى بالشفاء

ولا يستحسن عمل حقنة الهواء عند وجود ارتفاع فى درجة الحرارة

واذا كان المانومتر يظهر ضغطاً ايجابياً . ولنعلم كذلك بان امتصاص الهواء أو الغاز تقل درجته عند حدوث انسكابات بلوريه وعلى ذلك تكون الفترات بين الحقن أوسع وقتاً

والسبب فى هذه الالتهابات لا ينشأ عن العملية فى حد ذاتها بل تسببه الدرنات التى تنشأ على سطح البلورا أو تحت الغشاء مباشرة فان هذه الاجزاء هى التى توجد اصابات درنية حديثة اذا مات المريض وكان قد عولج بحقن الهواء

ومع ذلك فقد شوهد بان هذه الالتهابات والانسكابات تكون سبباً فى ايقاف العلاج فى ٣٠ ٪ من الحالات

انثقاب الرئة أو حدوث الصدر الهوائى الذاتى من مضاعفات الصدر الهوائى الصناعى وهذا حدث مع فورلانينى ثمان مرات فى ١٣٩ حاله ومع برنارد (Burnard) ١٤ مره فى ٣٠٠ حاله وهو من أخطر المضاعفات ويكفى أن نذكر علامات الصدر الهوائى الذاتى وما يحدث للمريض الذى لم يعالج بحقن الهواء عند حدوثه لنعرف مقدار خطر هذه المضاعفة

وينشأ عن (١) جرح الرئة اذا دخلت الابرة فى تجويف رئوى أو فى نقطة مصابة وهذا نادر جداً (٢) تمزيق التصاقات بلورية فتتمزق معها الرئة (٣) وهو الاكثر حدوثاً من امتداد الحركة الدرنيه لاتجاه البلورا وتآكلها

ويمكن تمييز ثلاث حالات

أولا : الحالات التى تبدأ بغتة بآلام شديدة وسرعة فى التنفس والنبض وبرودة الأطراف ويكون المريض فى حالة صدمة واذا اتيح له الخروج من هذه الصدمة يتحسن حاله تدريجياً انما يبقى مع حالة اسفكسيا لان فتحة الرئة تكون كالبلف تسمح بدخول الهواء فى التجويف البلورى ولا تسمح بخروجه منه فيزداد الضغط البلورى ومع ذلك فقد شوهدت حالات كثيرة قد برئت منه

ثانيا : الحالات التى تكون فيها فتحة الرئة كبيرة وفى هذه الاحوال يموت المريض عادة بسبب تقيح البلورا

ثالثا : وجود ناسور بلورى رئوى وهذا ينشأ غالبا عن تخزن الالتصاقات وربما شفى منه المريض قبل ان يعرف الطبيب

النتائج

النتائج المباشرة من أحسن ما يمكن فان السعال يقل والبصاق يستمر بكثرة مدة شهر لفراغ الرئة مما كان بها ومن ثم يبدأ فى النقصان و يتغير لونه وشكله من البصاق الصديدى القرشى الى بصاق مائى شبه بصاق حالات النزلة الشعبية الحادة ويقل وجود الباشلس والنزيف الدموى ينقطع حالا والحمى كما قلنا تهبط حالا اذا كانت ناشئة عن عدوى ثانوية وتهبط تدريجيا اذا كانت درنية و بعد مضى زمن ما يعتقد المريض بانه شفى تماما وربما شاركه فى ذلك الطبيب ولكن تحدث بعض المضاعفات السابق ذكرها فتعكر عليه صفو الحياة

أما النتائج البعيدة فقد شوهد الشفاء التام فى بعض الحالات وأمكنها ان تمضى مدة الحرب فى الخنادق هذا مع العلم بان هذه العملية لا تعمل الا للمرضى الذين ييأس المريض من نجاحهم بالطرق الاخرى

واذا اخذنا باحصائية دومارست Dumarest نجد ان من ١٠٦ حالات كان لا يرجى الا ٣٣ أمكنهم العودة الى أعمالهم والاستغناء عن حقن الهواء و ١٧ حالة كان التحسن ظاهرا جدا ولكنهم لم يعودوا الى أعمالهم العادية بل لزموا الراحة أو زاولوا اعمالا خفيفة و ٥٦ حالة كانت النتائج البعيدة غير حسنة

هذا وانى أشكركم أيها السادة لتفضلكم بسماع هذه الكلمة ؟

الحمى الراجعة فى مصر

بحث فى تاريخها وأسبابها وأعراضها وطرق انتقالها

مع ذكر مماثلتها للحمى الراجعة فى تونس والجزائر وممالك أفريقا الشمالية

(تابع ما قبله)

للدكتور كامل يعقوب

طبيب مركز شبراخيت

— ١٧ —

الحمى الراجعة فى مصر ونتيجة فحص القمل

أجرينا التجارب الآتية عن نقل الحمى الراجعة بواسطة القمل فأخذنا عدداً من القمل وغذيناه على دم ملوث بسبيروكيتا الحمى الراجعة وأجرينا تشريحه وفحصه مكر وسكوبياً بعد مدد متفاوتة من تغذيته فكانت النتيجة اننا شاهدنا السبيروكيتا بعد دخولها فى معدة القمل مع الدم الملوث تبدأ فى الزوال بعد بضع ساعات . ولم نشاهد السبيروكيتا قط فى معدة القمل بعد مضى اثنى عشر ساعة . وكذلك لم نشاهد ما يدل على توالد السبيروكيتا داخل أمعاء القمل . وفحصنا المادة التى تخرج من فم القمل الملوث بعد الضغط فى جملة حالات فلم نشاهد وجود السبيروكيتا فيها

وقد جمعنا عدداً من القمل من ملابس المرضى المصابين بالحمى الراجعة وفحصناه فكانت النتيجة اننا وجدنا السبيروكيتا فى ست قملات من المجموع وعدده ٨٥ قملة

وقد شاهدنا فى حالة واحدة أن السبيروكيتا داخل معاء القمل طرأ عليها

تغييرات مورفولوجية خاصة وهى ظهور حبيبات أحياناً فى جانبها وأحياناً فى وسطها . وهذا التغيير المورفولوجى يشبه التغيير الذى وصفه السير ليشمان Leishman فى جسم القراد . ويلاحظ كذلك أن نيكول و بليزو وكونسيل (Nicolle, Blaizot & Conseil) كما ذكرنا فى الصحائف السابقة شاهدوا اختفاء السبيروكيتا داخل جسم القمل ثم عودتها ثانياً ولكنهم لم يذكروا امكان أخذها شكلا حبيباً . ولو أنه ليس من الجائز أن نبنى حكما على حالة واحدة الا أننا اذا قارنا تلك الحالة بما يحدث لسبيروكيتا دتونى (Sp. Duttoni) أمكن الاستنتاج أن سبيروكيتا الحمى الراجعة بعد دخولها فى جسم القمل قد يطرأ عليها تغيير مورفولوجى بان تنقسم الى حبيبات صغيرة كل منها تستحيل بعد ذلك الى سبيروكيتا جديدة .

— ١٨ —

مشاهدة السبيروكيتا فى براز القمل

وامكان نقل العدوى بواسطة البراز

يلاحظ أن براز القمل بعد عملية الهضم يكون ذا لون أسمر . وقد فحصنا هذا البراز جملة مرات لمشاهدة السبيروكيتا فيه فكانت النتائج كلها سلبية . ولكن يلاحظ أن القمل أحياناً بعد أن يملأ معدته بالدم يتبرز مباشرة ويكون البراز أحمر اللون . وقد أخذنا جملة عينات من هذا البراز بعد سابق تغذية القمل على دم ملوث ومزجناها بمحلول ملحى و بسطناها على الواح زجاجية وفحصناها فكانت النتيجة اننا وجدنا السبيروكيتا فى عينتين من ٢٧ عينة

ولهذه المشاهدة أهمية عظيمة من جهة نقل الحمى الراجعة بواسطة دخول السبيروكيتا من الجلد المخدوش كما اثبت ذلك نيكول وزميلاه فقد يجوز ان يلوث الخدش الموجود بالجسم ببراز القمل وتدخل منه السبيروكيتا أو من

الاغشية المخاطية . كما يجوز دخول السبيروكيتا كذلك بواسطة حك الملابس الملوثة ببراز القمل بجسم الانسان

وقد اجرينا تجربتين على القرود لنقل الحمى الراجعة من الانسان لها بأن غذينا القمل على دم ملوث بالحمى الراجعة ثم أخذنا البراز ومسحناه بجلد القرد بعد خدشه ولكن النتيجة كانت سلبية فلم يصب القرد بالمرض .

— ١٩ —

الخلاصة

(١) شوهدت الحمى الراجعة فى مصر وثبت تشخيصها مكر وسكوبيا فى سنة ١٨٨٤ ميلادية وبعد ذلك شوهدت فى ممالك افريقيا الشمالية

(٢) مدة الحضانة تتراوح بين ثلاثة أيام وثمانية والمرض على العموم شديد وقد يعقبه جملة مضاعفات ونتائج

(٣) بفحص البول يشاهد وجود الزلال فى ٢٠ ٪ من الحالات . ولم تشاهد السبيروكيتا قط فى البول بعد التركيز والفحص الميكروسكوبى . وحقن كمية من البول بعد تركيزه تحت جلد قرد لم يحدث المرض

(٤) بفحص الدم وقت النوبة يظهر زيادة محسوسة فى الكرات البيضاء ذات النواة المتعددة ونقصاً فى عدد الكرات الحمراء

(٥) للمرض ستة أنواع وهى النوع العادى والنوع الملارى والنوع التيفودى الصفراوى والنوع التيفودى والنوع السحائى والنوع الخبيث

(٦) الانذار على العموم حميد ونسبة الوفيات تختلف من ٢ الى ٤ أو ٦ ٪.

(٧) لا يشاهد تغيير باثولوجى ثابت بعد الوفاة سوى تضخم الطحال والكبد

(٨) سبيروكيتا الحمى الراجعة فى مصر تشبه من الوجهة المورفولوجية سبيروكيتا بربيرا (Sp. Berbera)

(٩) أكثر حيوانات المعمل استعداداً لنقل الحمى الراجعة هو القرد ويليه فار الحقل وفار المنزل وخنزير الهند والارنب

(١٠) يمكن نقل المرض من القرد للقرد ومن الارنب للارنب بالتسلسل ولكن لا يمكن نقله من الفيران أو من خنازير الهند لبعضها

(١١) الحمى الراجعة فى مصر مماثلة للحمى الراجعة فى تونس والجزائر وليس للحمى الراجعة الأوروبية

(١٢) الحمى الراجعة فى مصر هى نتيجة سبيروكيتا بربيرا وليس سبيروكيتا أوبرمير

(١٣) العدوى تحدث بواسطة القمل

(١٤) بتشريح القمل بعد تغذيته على دم ملوث يشاهد وجود السبيروكيتا فى المعدة ويشاهد اختفاؤها بعد ساعات قلائل

(١٥) شوهد ظهور حبيبات فى السبيروكيتا فى معدة القمل فى حالة واحدة

(١٦) شوهدت السبيروكيتا فى حالتين فى براز القمل الذى يخرج بعد التغذية مباشرة وهذا يجعل مكانا للظن بأن البراز قد ينقل العدوى بواسطة احتكاكه بالجلد المخدوش

— ٢٠ —

المراجع

(١) قانون ابن سينا الجزء الخامس

(٢) ساندوث (١٩١٤) الحمى الراجعة فى مصر . مجلة البركتشنر عدد مايو سنة ١٩١٤

(٣) جريسنجر (١٨٦٨) الامراض المعدية باريس سنة ١٨٦٨

(٤) أوبرمير (١٨٧٣) Ber . Klin . Wchnschr صحيفة ١٤٥ سنة ١٨٧٣

(٥) تويودا (١٩١٧) درس الحمى الراجعة فى منشوريا Saikingaku Zasshi صحيفة ١٤٧

(٦) انجل (٨٨٤) Ber. Klin. Wchn. صحيفة ٧٤٩ سنة ١٨٨٤

(٧) فلبس (١٩٠٥) خمس حالات حمى راجعة فى مصر — جورنال مستشفى سان برثولوميو

(٨) سمث (١٩٠٩) الحمى الراجعة فى مصر ونقلها بواسطة الحشرات — لندرة سنة ١٩٠٩

(٩) سترونج (١٩٠٩) نسبة الحمى الراجعة فى الهند للحمى الراجعة فى أواسط أفريقا Phil. Journal. of. Sc. صحيفة ١٣٧ عام ١٩٠٩

(١٠) بلفور (١٩١١) سبيروكيتا الحمى الراجعة فى مصر . تقرير معمل ولكم الجزء الرابع صحيفة ٦٧

(١١) كومنز (١٩١٠) الحمى الراجعة فى كوردوفان — جورنال القسم الطبى للجيش الملكى المجلد الرابع عشر صحيفة ١٩٩

(١٢) دراير (١٩١٠) Archiv. für Schiffes und Tropen-Hyg المجلد الرابع عشر صحيفة ٣٧

(١٣) برباری (١٩١٠) علاج الحمى الراجعة بواسطة السواحين القاهرة سنة ١٩١٠

(١٤) دافيدسن (١٨٩٢) Geographical Pathology طبعة لندن عام ١٨٩٢

(١٥) كليمو (١٩٠٣) كتاب Geography of Disease طبعة ماكميلان سنة ١٩٠٣

(١٦) بيليه (١٩٠٢) حالة حمى راجعة فى قنسطنطين Archiv. de. Méd et de pharm. militaire صحيفة ٢٢٨ سنة ١٩٠٢

(١٧) كارليل (١٩٠٦) حالتا حمى راجعة . جورنال الامراض المعدية

الانكليزى صحيفة ٢٢٩ سنة ١٩٠٦

(١٨) لافورج (١٩٠٣) الحمى الراجعة فى تونس Compt. rend. soc. de boil. صحيفة ١١٣٢ سنة ١٩٠٣

(١٩) فريان وكورنيه (١٩٠٤) Archiv. de. Méd. et de pharm. militaire صحيفة ٤٢١ سنة ١٩٠٤

(٢٠) مانسون (١٩٠٤) الحمى الراجعة فى مريض من جبل طارق المجلة الطبية الانكليزية صحيفة ٥٣٨ سنة ١٩٠٤

(٢١) سارچان وفولى (١٩١٠) ابحاث فى الحمى الراجعة Ann. de l'Inst. Pasteur صحيفة ٣٣٧ سنة ١٩١٠

(٢٢) ليمير (١٩١١) Bull. de la Soc. de Biol. صحيفة ١٠٠٥ سنة ١٩١١

(٢٣) بليزو وجوبير (١٩١١) Bull. de la Soc. de Path. Exot. عدد ٨ نوفمبر سنة ١٩١١

(٢٤) نيكول وبليزو وكونسيل (١٩١٣) طريق نقل الحمى الراجعة بواسطة القمل Ann. de l'Inst. Pasteur صحيفة ٢٠٤ سنة ١٩١٣

(٢٥) تهسيم ابراهيم (١٩١١) الحمى الراجعة فى طرابلس Bull. de la Soc. Path. Exot. صحيفة ٣٦٩ سنة ١٩١١

(٢٦) ريزوتى (١٩١٣) ملاحظات عن الحمى الراجعة فى طرابلس Malaria e Malat. d. Paesi Caldi صحيفة ١٥٣ سنة ١٩١٣

(٢٧) بوسفيلد (١٩١١) مذكرات عن الحمى الراجعة فى الانسان التقرير الرابع لمعمل بروزولكم صحيفة ٦٣

(٢٨) كروبر (١٩٠٥) الحمى الراجعة فى فلسطين . المجلة الطبية الانكليزية صحيفة ١٩٠ المجلد الثانى سنة ١٩٠٥

(٢٩) شترومبل (١٩٠١) كتاب الامراض الباطنية

(٣٠) بورو ١٩١٧ Bull. Soc. Path. Exot. المجلد العاشر العدد السابع صحيفة ٥٣٢

(٣١) يارنو (١٩١٥) Wien. Klin. Woch عدد ٢٢ ابريل سنة ١٩١٥

(٣٢) ددجون (١٩١٧) فحص البول فى حالات الحمى الراجعة فى مقدونيا مجلة اللانست عدد أول ديسمبر ١٩١٧ صحيفة ٨٢٥

(٣٣) ستوارد (١٩١٧) وجود السبيروكيتا فى البول . المجلة الطبية الانكليزية ٢٩ سبتمبر ١٩١٧

(٣٤) باترسون (١٩١٧) وجود السبيروكيتا فى البول فى حالات حمى مجهولة الاصل . المجلة الطبية الانكليزية ٢٩ سبتمبر ١٩١٧

(٣٥) روس ومان (١٩٠٤) حمى القراد . المجلة الطبية الانكليزيه صحيفة ١٤٥٣ سنة ١٩٠٤

(٣٦) ليفى (١٩١٥) Munchen. Med. Woch. عدد ١٤ سبتمبر ١٩١٥

(٣٧) كامل يعقوب (١٩١٧) مجلة البراكتشنر صحيفة ٤٨٧ المجلد الثانى سنة ١٩١٧

(٣٨) كامل يعقوب (١٩١٨) مجلة البراكتشنر صحيفة ٢٩٠ المجلد الاول سنة ١٩١٨

(٣٩) دوشا (١٩١٧) الحمى الراجعة Presse Médicale. عدد ١٢ ابريل سنة ١٩١٧

(٤٠) كوسكيناس (١٩١٤) الحمى الراجعة والاعراض السحائية . Bulls et Méms. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris عدد مايو ١٩١٤

(٤١) لافورج (١٩١٤) الاعراض السحائيـة فى الحمى الراجعـة Bulls. et Mèms. Soc. Méd. ees Hobit. dse Paris عدد مايو سنة ١٩١٤

(٤٢) اردين دلتاى (١٩١٤) الاعراض السحائية فى الحمى الراجعة فى شمال افريقا Bulls. et Méms. Soc. Méd. des Hopit. des paris عدد ٢٥ يونيه سنة ١٩١٤

(٤٣) بتزيتا كيس(١٩١٦)الاعراض السحائية فى الحمى الراجعة Bull. Acad. Med صحيفة ٢٥٣ سنة ١٩١٦

(٤٤) نوفى دناب (١٩٠٦) درش سبيروكيتا أوبرمير Jour. of Infect. Dis, صحيفة ٢٩١ سنة ١٩٠٦

(٤٥) وودكوك (١٩١٨) طريقة النقطة السميكه للعثور على السبيروكيتا فى الدم . المجلة الطبية الانكليزية عدد ٢٥ مايو سنة ١٩١٨

(٤٦) لونتال (١٨٩٧) Deutch, Med . Wchnschr صحيفة ٥٦٠ سنة ١٨٩٧

(٤٧) ساندوث (١٩٠٤) الحمى التيفوسية فى مصر مجلة البراكتشنر عدد ابريل سنة ١٩٠٤

(٤٨) رابلياتى (١٩٠٥ Allbutt's Syetem of Medicine

(٤٩) نيكول وبليزو (١٩١٢) ابحاث فى الحمى الراجعة Archives de l'Inet. past. de Tunis الجزء الرابع سنة ١٩١٢

(٥٠) فلوج (١٨٩١) Grundriss der Hygiene صحيفة ٤٧٣ و٥٣٢

(٥١) ناتول (١٩٠٢) انتقال الحمى الراجعة بواسطة البق Journ. of Trop. Medicine صحيفة ٦٥ سنة ١٩٠٢

(٥٢) تكتن(١٨٩٧) Centralb. F. Bakteriol. صحيفه ١٧٩ سنة ١٨٩٧

(٥٣) كرستى (١٩٠٢) الحمى الراجعة Journ. of Trop. Medicine صحيفة ٣٩ سنة ١٩٠٢

(٥٤) ناتول (١٩٠٨) Jonrnal of parasitology صحيفة ١٤٣ سنة ١٩٠٨

(٥٥) ماكى (١٩٠٧) انتقال الحمى الراجعة بواسطة القمل . المجلة الطبية الانكليزية صفحة ١٧٠٦ سنة ١٩٠٧

(٥٦) روجرس (١٩١٠) كتاب Fevers in the Tropics طبعة لندن سنة ١٩١٠

(٥٧) ناتان لاريبه (١٩٠٩) اختراق سبيروكيتا الحمى الراجعة للجلد والاغشية المخاطية Bull. de Soc. Path, Exot صحيفة ٢٣٩ سنة ١٩٠٩

سارجان (١٩١٣) عدوى الحمى الراجعة بواسطة الاغشية المخاطية فى الانسان Compt. Rend. Soc. Biol. صحيفة ١٨٥ سنة ١٩١٣

(٥٩) سارجان وفولى (١٩١٤) Compt. Rend. Soc. Biol. عدد ٢٧ مارس ١٩١٤

(٦٠) نيكول وبلانت (١٩١٤) C· R·Acad· Sci عدد ١٥ يونيه سنة ١٩١٤

(٦١) كوخ (١٩١٧) Deut. Med. Woch. صحيفة ١٠٦٦سنة ١٩١٧

(٦٢) ورنر وويس (١٩١٧) Arch. F. Sehiffs U·Trop—Hyg. صحيفة ١٣٩ سنه ١٩١٧

(٦٣) مارشو وسالمبينى (١٩٠٣) سبيروكيتا الدجاج Ann. del'Inst. Pasteur صحيفة ٥٦٩ سنة ١٩٠٣

(٦٤) دتون وتود (١٩٠٧) الوصف المورفولوجى لسبيروكيتا دتونى مجلة اللانست عدد ٣٠ نوفمبر سنة ١٩٠٧

(٦٥) ليشمان (١٩٠٩) بعض التجارب عن انتقال حمى القراد Journal of Roy. Army Med. Corps. صحيفة ١٢٣ سنة ١٩٠٩

(٦٦) ليشمان (١٩١٠) طريقة العدوى فى حمى القرد مجلة اللانست صحيفة ١١ عدد يناير سنة ١٩١٠

(٦٧) فانثام (١٩١١) بحث عن حياة السبيروكيتا Ann. of Trop Med. and Parasit. صحيفة ٤٧٩ سنة ١٩١١

(٦٨) فانثام (١٩١٥) سبيروكيتا الشعب Ann. of Trop. Med. and Parasit عدد ٣١ يوليه ١٩١٥

(٦٩) بلفور (١٩١١) سبيروكيتا الدجاج فى السودان التقرير الراجع لمعمل بروز ولكم صحيفة ٧٦

بلفور (١٩٠٩) مشاهدات عن سبيروكيتا الدجاج Journ of. Trop Med. صحيفة ٢٨٥ سنة ١٩٠٩

بلفور (١٩١١) المجلة الطبية الانكليزية صحيفة ٧٥٣ سنة ١٩١١

(٧٠) هندل (١٩١٢) Journal of Parasitology عدد يناير ١٩١٢

(٧١) مارشو وكوفى (١٩١٢) Ann. de l'Inst. Pasteur سنة ١٩١٢

(٧٢) ليشمان (١٩١٤) الحميات الراجعة Trans. XVII Intern. Congress of Med. London.

(٧٣) تود (١٩١٣) مذكرة عن انتقال السبيروكيتا Proc. Sor. For Experim. Biol. and. Med. صحيفة ١٣٤ ١٩١٣

(٧٤) برول ومونبلييه (١٩١٤) Bull. Soc. Path. Exot. صحيفة ٤٧٢ سنة ١٩١٤

مشاهدة طبية غريبة

حالة تقيح بريتونى موضعى

للدكتور شاكر جبرالله

طبيب مركز بنى مزار

تألب جماعة على شاب عمره ٢٥ سنة ممتلئ صحة وقوة . فضربوه بعصى وسكين ودعيت لاسعافه فوجدته مصابا بجرح فى رأسه وكدمات رضية شديدة فى ظهره وصدره وافخاذه . ووجدت به ثلاثة جروح وخزية اثنان

منها على الصدر والبطن قاطعان للجلد فقط والثالث أصاب البطن من الجهة اليسرى بموازاة قوس الاضلاع وملاصقا له تقريبا وطوله سنتيمتران

وعلمت ان المصاب قاء دما وانه تناول جرعة ماء عقب اصابته فاعادها ممزوجة بالدماء . وفحصته فوجدت نبضه ١٢٠ فى الدقيقة وبه توتر بسيط فى عضلات جدر البطن وهو يتألم من الضغط عليها قليلا

عند ذلك أوضحت لاهله أننى أرجح نفاذ السكين الى البطن من الجرح الثالث المذكور واصابتها المعدة بدليل وجود القيء الدموى واشرت بضرورة عمل عملية فتح البطن وخياطة المعدة واعددت كل المعدات الواجبة فى مثل هذه الاحوال

وطلبت أحد الزملاء لفحصه وعمل العملية معى فحضر فى صباح اليوم الثانى وفحصه أمامى فوجده هادئا ونبضه ١٠٠ فى الدقيقة وحرارته ٣٨° ووجد توتراً بسيطا جدا فى عضلات جدر البطن وتألما خفيفاً كذلك بالضغط عليها لكنه لاحظ انه يتألم من الضغط على أى جزء آخر من جسمه . كما علم أنه تناول قليلا من اللبن قبل حضورنا (رغم التعليمات التى أعطيت لاهله بمنع ذلك) ولم يحصل له قيء

فاستحسن الطبيب عدم اجراء عملية وأشار بملاحظته ملاحظة دقيقة فاذا طرأت عليه أعراض جديدة تشير الى اصابة المعدة أو الى التهاب بريتونى فعندئذ تجب العملية

ولا يفوتنى ان أذكر ان حضرة الزميل لم يعول كثيراً على وجود الدم فى القيء وقال بانه لا يبعد ان يكون المصاب قد بلع بعض الدم الناشيء عن الاصابات الاخرى . أو أن يكون جرح الرأس مصحوبا بكسر فى قاعدة الجمجمة تسبب عنه نزيف وازدراد بعض الدم

منعناه بتاتا من تناول أى شيء بطريق الفم . وكنا نعمل له حقنا شرجية من الماء والملح . وبعد يومين تبرز دما فاعدت الكرة على أهله بضرورة

عمل عملية وخص المعدة والامعاء فرفضوا واستمر المريض تهبط حرارته حتى وصلت الى الخط الطبيعى وقلت عنده آلام البطن . ثم بدأ يتناول الماء الصافى قليلا قليلا فلم تحصل له نوبات قىء . ثم أخذ اللبن فاستقر فى جوفه وتحسنت حالته حتى ظنناه قارب الشفاء وكان قد مضى على تاريخ الاصابة أسبوع

الا ان الحمى ارتفعت سريعا فوصلت فى يوم واحد الى درجة الاربعين كما لو أصيب فجأة بالتهاب رئوى حاد وفحصت الصدر فلم أجد به علامات مميزة فتوقعت ظهورها بعد يوم أو اثنين حالما يصل التكبد الى سطح الرئة وبقيت الحمى فى حالة صعود لا تهبط الا قليلا نحواً من عشرة أيام وأخذت بعد ذلك تتذبذب فتصل فى الصباح الى ٣٨ مثلا وفى المساء الى ٣٩ و٤٠ وفى هذه الاثناء وجدت أصمية فى قاعدة الرئتين . والالفاظ النفسيه من شكل Tubuler فقلت ربما تكون الحالة ناشئة عن تجمع صديدى فى البلورا فوضعت أبرة الاستقصاء فلم يخرج لا صديد ولا مصل

وابتدأ المريض يسعل كثيراً وكان بصاقه صديديا محضا واستمر يهزل تدريجيا . والحمى تنتابه مع العرق الغزير وامتنع عليه النوم حتى توفى بعد ٣٦ يوما من اصابته قاسى أثناءها الآلام والمتاعب الكثيرة

بعد ذلك شرحت الجثة لمعرفة سبب الوفاة . فوجدت ثقبا بالمعدة من الجهة اليسرى قرب اتصالها بالمرىء طوله نصف سنتيمتر تقريبا حيوى الحوافى ومنتظمها قاطعا لجميع أنسجة المعدة ومتصلا بتجويفها ووجدت الجزء اليسارى للمعدة مع القولون المستعرض والثرب الصغير والطحال والبنكرياس جميعها ملتصقة ببعضها ومكون بينها جيب بريتونى مملوء بصديد ومواد عفنة ذات لون ترابى . ووجدت باقى البريتون فى انحاء البطن أزرق اللون فاقداً نوعا للمعانه . ولكن لم يكن منتشراً عليه افرازات فيبرينية كما أنه لم يوجد سائل مصلى فى تجويفه

ووجدت خراجات صغيرة منتشرة فى جوهر الكبد والطحال والكليتين ووجدت خراجات كبيرة شاغلة لقاعدتى الرئتين وهى التى تسبب عنها الاصمية وعلامات التحجر أثناء الحياة . ولم أجد شحما كالعادة على سطح القلب ولون عضل القلب مائل للسواد

ومن هذا تبين لى ان سبب الوفاة هو تسمم صديدى نشأ عن التهاب بريتونى موضعى صديدى . وهذا نشأ عن انثقاب المعدة وخروج المواد الغذائية منها

والغريب فى الامر الا يحدث التهاب بريتونى عام على أثر هذه الاصابة والحق ان هذه أول حالة من نوعها رأيتها أو قرأت عنها . ولهذا اعتقدت ان نشرها يكون مفيداً ولذيذاً

تأثير استثنائى لدواء « ٩١٤ »

للدكتور محمد أمين صبرى

كلنا يعلم أن الحقن داخل الوريد بالمركب « ٩١٤ » وما شابهه يحدث احيانا لدى المرضى تأثيرات تسممية تختلف باختلاف العوامل المحيطة فمثلا من مجرد احساس برائحة كرائحة الثوم الى خفقان فى القلب الى اغماء خفيف الى أقصى درجات الصدمة ومنها ما يحدث بعد الحقن مباشرة أو بعده بساعات أو أيام ومنها ما يستطيع الطبيب أن ينسبه الى سبب أو يعتبره من باب عدم التوافق (idiosyncrasy) . وليس غرضى البحث فى كل هذه التأثيرات بل الاشارة الى نوع منها يستحق الاعتبار لخطورته على حياة المريض اذا لم يعتن بعلاجه من جهه وبدقة تشخيصه من جهة أخرى فكثيراً ما اودى بالحياة لاعتبار العارض علامة زهرية والاستمرار فى اعطاء الحقن

وهذا النوع شاهدته فى مستشفى الحوض المرصود حيث مر على منه نحو اربع حالات فى بحر السنة الاخيرة من نيف ومائتى حالة وسأ كتفى بوصف آخر مثال منها فيما يلى : م . ا . م . مومس تبلغ من العمر الخامسة والعشرين تقريباً ادخلت المستشفى فى ٢٠ يونيه سنة ١٩٢٣ لاصابتها بلطخ مخاطية بالشفرين مع قروح متعددة فى ثنية الفخذ الايمن والمهبل وعنق الرحم وتضخم عام فى الغدد اللمفاوية أى بالاختصار زهرى فى الدرجة الثانية وكانت مصابة أيضاً بالتهاب سيلانى بمجرى البول . وبعد فحص المريضة والتأكد من عدم وجود علة فى الاعضاء الرئيسية كالقلب والرئتين أو محتويات مرضية فى البول أو أى مانع آخر اعطيت مقدار ٤٠ ر جم من « ٩١٤ » حقناً فى الوريد (والمستعمل هنا هو « Novarsenobenzol Billon »)وذلك فى ٢٦ من نفس الشهر

فى ٢٨ منه شوهد أن الحالة بدأت تتحسن وفى ٣ يوليه سنه ١٩٢٣ فحصت المريضة وبولها وأعطيت حقنة أخرى مقدارها ٦٠ ر — جم وفى ١٠ منه حقنة ثالثة بنفس الكمية بعد الفحص . وفى ١٢ منه اختفت لطخ الشفرين كلية وأصبحت القروح وهى آخذة فى الاندمال (وهنا تحسن الاشارة الى أن هذا هو ما يحصل عادة أى أن اللطخ اسرع فى الشفاء من القروح تحت تأثير الحقن)

فى ١٧ منه فحص وحقنة رابعة وفى ٣١ منه فحص وحقنة خامسة وفى ٢ اغسطس سـنة ١٩٢٣ التأم عنق الرحم تماما (أى بقيت قروح المهبل وثنية الفخذ) وفى ٧ منه فحص وحقنة سادسة

فى ١١ منه أدهشنا ظهور قرحة جديدة بالشكال (Fourchette) ومن ثم يتبين مقدار عناد بعض حالات الزهرى خصوصاً التى تعالج منها بالتراكيب الزرنيخية الحديثـة التى ثبت أن تأثيرها أقل قوة من « ٦٠٦ » و « ٩١٤ »

الاصليين فقررنا اعطاء حقنتين أخريين ولا يتطرقن الى الذهن أننا بهاتين الحقنتين تجاوزنا ما يمكن أن يتحمله الجسم اذ يمكن اعطاء المريض لغاية ١٤ حقنة بدون احداث أى ضرر عليه وهكذا يمكن اعتبار الموضوع من قبيل عدم التوافق

أعطيت الحقنة السابعة فى ١٥ منه والثامنة فى ٢٢ منه وكلتاهما بعد الفحص الدقيق للجسم والبول وهنا بدأ التأثير الذى نقصد وصفه فى الظهور: اعترى المريضة بعد الحقنة (الثامنة) مباشرة اغماء مع قىء شديد تحسنا تحت تأثير البتوترين والمنبهات ثم بدأت فى اليوم التالى تظهر بقع خفيفة فى الجلد واخذت تزداد وضوحاً الى اليوم الثانى والعشرين من الشهر اذ اشتد قتامها وارتفعت عن سطح الجلد واصطحبت بارتفاع فى الحرارة الى درجة ٣٩ سنتيجراد واسراع فى النبض الى ١٠٠ فى الدقيقة ورغم جعل الغذاء مقتصراً على اللبن وايقاف الحقن واعطاء الملينات استمرت الحالة فى التفاقم وفى ٢٨ منه أصاب المريضة ورم عم جميع جسمها خصوصاً الوجه والاطراف وزادت قتامة الطفح وفى أول سبتمبر سنة ١٩٢٣ ظهرت قشور جافة على سطح البقع ما عدا الرجلين التى اخذت تتكون عليها فقاقيع وتقرحات تنضح سائلا مصلياً غزيراً بشكل اكزيمى وساءت بنية المريضة وانتهكت قواها رغم المنبهات العديدة من الداخل والمراهم من الخارج . عند ذلك (أى فى أول سبتمبر) حقنا داخل الوريد خمسين سنتيمترا مكعباً من محاول اليود الغروى Collosl lodine وما وافى اليوم التالى حتى أخذت الحالة تتحسن تحسناً مبيناً وشوهد فى التقرحات علامات تدل على بدء الاندمال وفى اليوم الرابع من الشهر اعطيناها ١٠٠ سنتيمتر مكعب من نفس المحلول وفى ٦ منه مثلها وهكذا مرة كل يومين والتقدم مطرد الى اليوم السابع عشر من الشهر حين شفيت المريضة تماماً مما طرأ عليها والتأمت القروح كلها وأخرجت من المستشفى لتوضع تحت الملاحظة بالعيادة الخارجية

ومما سبق يتسنى للقارئ أيضاً أن يتبين عظيم فضل اليود الغروى فى مثل الحالة الآنفة الذكر وفى ظروف عديدة أخرى كالتسمم المزمن بالمعدنيات وخلافها اذ يظهر أنه يتحد معها داخل الجسم ويحولها الى مواد تستطيع بنية الانسان التخلص منها بسهولة وفق تفاعلات دقيقة يضيق المقام عن توضيحها توضيحاً كافياً صحيحاً فى هذه الكلمة

وأهم مزايا محلول اليود الغروى عن سائر مركبات اليود الاخرى أنه يتيسر بواسطته أن يدخل فى الجسم مقدار كبير (يمكن أن يحقن داخل الوريد الى خمسمائة سنتيمتر من محلول اليود الغروى فى المرة الواحدة) من اليود الفعال بسرعة وسهولة وشكل لا يضر

الاصابات الناتجة عن الصنائع

وما يحدث فيها بعد وقبل علاجها بواسطة أشعة X

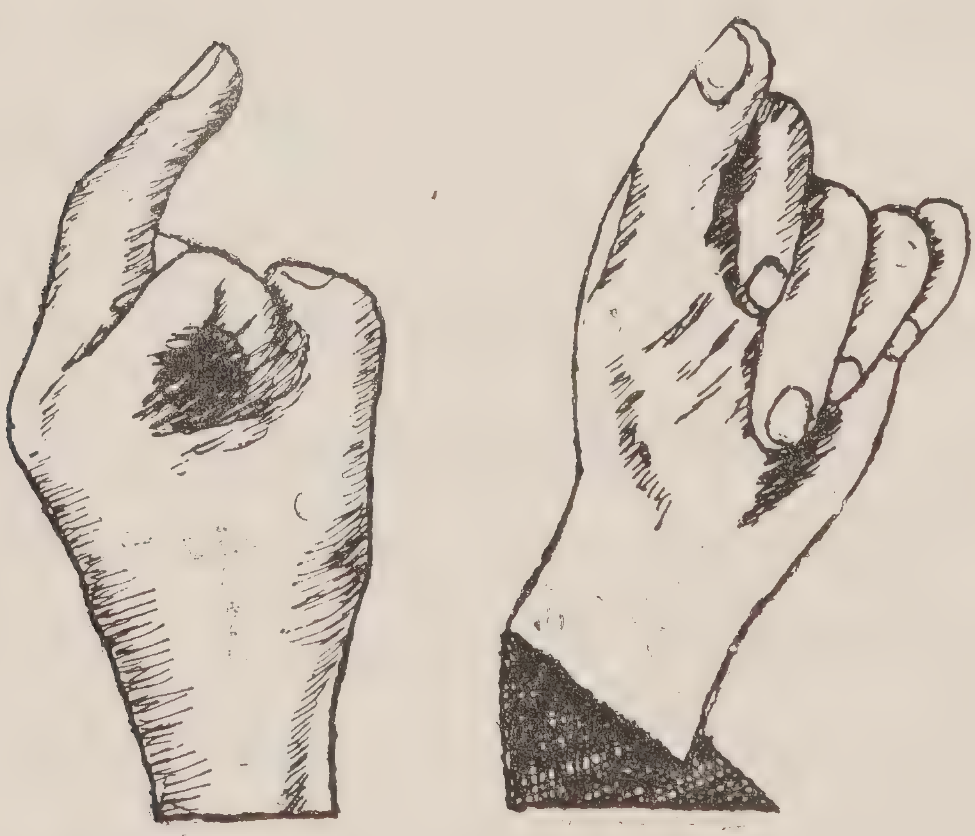
بقلم رجنولد موريل

Reginald A. Morrell

مترجمة عن المجلة الطبية الانجليزية

بقلم دكتور حسن كامل بشبرا

بعض حالات الاصابات الصناعية غالباً تنتهى بعد الشفاء بتحديد وظيفة عمل العضو بسبب تراكم كمية عظيمة من الانسجة الليفية أثناء الالتئام الطبيعى (Rep alr)



ش ٢. بعد العلاج ش ١. قبل العلاج

وأمثلة هذه الاصابات منها ما يصيب الاوتار للرسغ أو للاصابع وقد يحدث ذلك بعد الاصابة الاولى مباشرة أو بعد التئام جروح جسيمة أو بعد

حرق امتد للعضل أو لسبب التهاب زهرى مصلى (Tono Synovitis)

ولكن ليتذكر كل منا المدة التى يستغرقها العلاج بعد الالتئام من التدليك والعلاج بالكهرباء وغير ذلك وفى النهاية لا تكون النتيجة كما يرام — وعلى ذلك فالعلاج يقرب لمدة الشفاء والذى تكون نتيجته أكيدة يجب أن يلتفت اليه بأهمية أزيد ويجب تجربته

وما أقصده فى هذا الموضوع هو توجيه النظر الى فوائد أشعة X فى مثل هذه الحالات . وأننى أقول أن نتيجة استعمال الاشعة فى هذه الحالات كانت أحسن بكثير وأسرع للشفاء من الطرق القديمة كالتدليك والتحريك والتكهرب السلبى (Negative Etectrolysis) فلقد جربت جميعها ولم تكن النتيجة مستحبة

معلوم أن تكوين الانسجة الليفية ضرورى للالتئام ولكن زيادة تكونها يعوق حركة العمل لأى عضو مصاب . على أننا يمكننا أن نحل هذه المسألة لو أمكننا تحويل الانسجة الليفية المنوه عنها الى أى أنسجة وعائية مرنة حتى لا تعوق الحركة (Vascular tissue)

والعلاج يستغرق مدة أسبوعين الى ثلاثة أسابيع من ابتدائه وفى كل أسبوع ثلاث دفعات فقط . فيحتاج المريض اذن الى تسع دفعات وكل مرة ٣٠ دقيقة ، وهذا الزمن ليس فيه مضيعة كبيرة لوقت المريض . وكلما كانت الاصابة حديثة كانت النتيجة سهلة — كلمة حديثة هنا أعنى نسبياً

واذا أردنا تحديداً أكيداً نقول انه كلما كان الالتئام فى بدء تكوينه وكانت الانسجة أغلبها وعائية (Vascular) كلما كانت النتيجة أكثر نجاحاً

والحالة المنتجة كانموذج والتى كتبت عنها تقريراً مطولا والتى تعد مثالا لعدم القدرة على الحركة . هذه الحالة نتجت عن اصابة لسبب خياطة وتر وبعد الالتئام عولجت لمدة شهرين بالتحريك والتدليك — وبعد العلاج بالاشعه فلم تكن تحتاج سوى التعرض ثمانى دفعات فى مدة أسبوعين ونصف

وكانت النتيجة ناجحة نجاحاً تاماً والقطع كان حول الاصبع الثانى والشكل (١) و (٢) ظاهر به نتيجة العلاج بوضوح

على أن صاحب هـذا المقال قد أطال فى ذكر حالات أخرى تماثل هذه الحالة ولا حاجة لنا بذكرها ثم أتى على هذا الملخص الذى نذكره لاهميته (١) أولا نلاحظ أن الالم يزول اذا وجد خيط عصبى من الانسجة الليفية خصوصاً فى حالات البتر (٢) ثانيـاً سرعة امكان تحريك العضو خصوصاً فى مفصل مثل الـكتف بعد وجود صديد بالمفصل أو لسبب اجراء عملية بجانب المفصل (٣) تحسين حالة الدورة للاطارف وذلك لسبب تخفيف الضغط الليفى عنهـا وذلك على الخصوص فى حالات الاصابة بالاعيرة النارية

ثم انتقل كاتب المقـال على تأثير التعرض للاشعة فى الوجه (Keloid) وفضل طريقته على الراديوم وعلى (I onisatiou) وأثبت كما اثبت لاكرير (Laquerrier) بفرنسا فائدة الاشعة فى علاج الاورام الليفية للرحم (Uterine Fibrcides) فقال أنها ليست فقط شاقة بل تزيل أيضاً الالتصاقات الموجودة داخل البطن (Intra abdominal adhesion) اذ يلاحظ بعد العلاج سهولة تحريك الرحم . ثم انتقل لفائدة طريقته فى جميع الامراض التى تحدها لفظة التهابات ليفية (Fibrositis) كالتهابات المفاصل المزمنة . واللمباجو . روماتزم القطن (Lumbago) وروماتزم الصدر (Pleurodyna) وعرق النساء (sciatica) والتهابات الخيوط العصبية (neuritis) وفى التهابات الثـدى المزمنة (cbronic mastitis)

وأخيراً أتى على شفاء حالة (Empyema) صديد بلورى بطريقته بعد أن عولجت مدة سنتين بكل طرق العلاج فلم ينجح

وطريقته أن يملأ التجويف البلورى بمستحلب البزموت (Bismuth Emulsion) ثم يعرض جهة الصـدر مرتين فى الاسبوع لمدة ثلاثة أسابيع

وهو يقول بوجوب تجربة هذه الطريقة فى حالات تمدد الشعاب (Bronchiactasis)

هذا المقال المفيد قرئ أمام فرع الجمعية الطبية البريطانية بيوركشير ننقله هنا لأهميته م؟

مشاهدة غريبة

حالة سقوط الغشاء المخاطى للامعاء الدقاق

من فتحة صناعية اعقبت فتقاً سريا مختنقا

ألقيت أمام الجمعية الطبية بالاسكندرية

بجلستها الاخيرة قبل عطلة الصيف السنوية الاخيرة

للدكتور جورجى سعد

لا يندر ان يقع نظر الطبيب من آن الى آخر على حالة فتق مختنق انتهت بالشفاء الطبيعى وهو فتحة صناعية بين الامعاء والخارج ولكن من النادر جداً مصادفة حالة سقط فيها الغشاء المخاطى للامعاء من تلك الفتحة كما يسقط مرضيا من الشرج

ومن حضرات الاطباء الذين سمعوا هذه المحاضرة من مارس الطب مدة عشرين وخمسا وعشرين سنة ولم ير مثل هذه الحالة مما يدل على ندورتها وهذا ما شجعنى على ذكرها بالمجلة الطبية ليطلع عليها حضرات الزملاء

أما الحالة فهى : —

خديجة بنت محمد مصرية عمرها ٣٠ سنة تقريبا قوية الجسم فى حالة صحية جيدة من مركز سوهاج مديرية جرجا وصناعتها فلاحة

شكت من ٤ سنوات من ظهور تدريجى لورم بحجم الليمونة فوق السرة بقليل يزول اغلبه عند الضغط عليه طرى القوام Soft consistence غير أنه

من وقت الى آخر يجمد ويصحبه ألم كثير وقيء وامساك وسوء فى الحالة العمومية ويمكث على هذه الحالة من ساعة الى يوم على الاكثر ثم ينصرف الورم وتزول الاعراض ومن هذا الوصف يستنتج ان المصابة كان عندها فتق سرى أو فتق أمامى (Umbilical or Ventral Hernia) اختنق مرات متكررة شفيت منه بدون واسطة طبية

ومن مدة ٨ شهور اختنق كعادته ولكن بدرجة من الشدة لم تعهدها من قبل ولم يكبر حجمه عن عادته ودامت الاعراض ٨ أيام اعقبها انفجار الورم ونزول كمية كبيرة من البراز فاخذت المصابة فى الشفاء ولم يرها طبيب حتى الان وبعد ذلك باسبوعين تقريبا بدأ السقوط تدريجياً الجزء الايمن أولا وكان سقوطا



دائما لم يرتجع من نفسه أو بالضغط عليه وبعد أسبوع بدأ الجزء الايسر بالسقوط كسابقه وكان سقوطا غير دائم يزول بالضغط أو بالاستلقاء على الظهر وكل التبرز يحدث من الجزء الايسر ولا يتصرف منه شيء بطريق الشرج

والحالة تظهر جليا بالنظر للرسم (وهو من عمل الدكتور على افندى عطا طبيب ثانى مستشفى اسيوط)

فالرسم ١ منظر أمامى (Anterior View) يمثل قطعتى السقوط وهما بطول واحد تقريبا (ويبلغ هذا الطول ٢٠ سنتيمتراً على التقريب) واذا امعن النظر فى الجزء الذى على يمين الناظر رؤى عند رأس السهم ظل اسود وهو قطعة من البراز المخلوط بالمخاط سقط لحسن الصدف من فتحة التبرز



٣

الرسم ٢ منظر جانبي (Side View) للسابق

الرسم ٣ منظر أمامى وقد ظهر به الجزء الايمن الساقط سقوطا دائما واما الايسر فقد زال بالضغط اليدوى

الرسم ٤ منظر جانبي للسابق

العلاج : ظاهر أن العلاج الوحيد لهذه الحالة عملية جراحية يستأصل بها السقوط ويعمل وصل معوى (Intestinal Anastomosis) وهذا ماعمله حضرة الدكتور محمود افندى كامل على الجراح بمستشفى الاسكندرية الأميرى

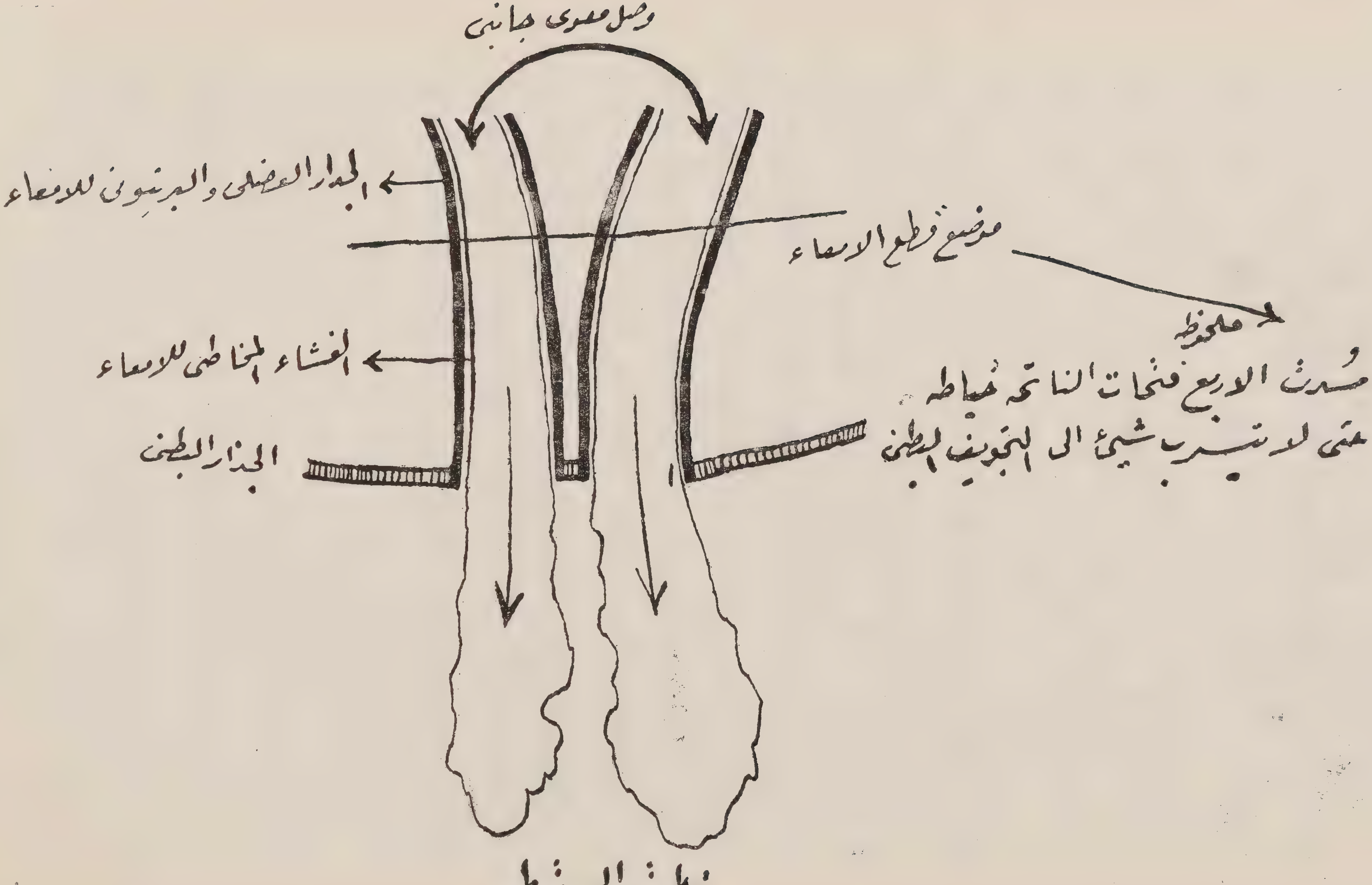
فتح البطن وبحث عن طرفى الامعاء الدقاق المؤديين للفتحة الصناعية استخرجا خارج التجويف البطنى وقطعا ثم عمل وصل معوى جانبي (Lateral



anastom osis) والقطعتين الباقيتين مع السقوط فصلتا عن الجدار البطنى وسحبتا خارجا ثم خيط الجدار البطني وخرجت المريضة من المستشفى حاصلة على الشفاء التام



والرسم الآتى يبين تلك العملية


وصل معوى جانبى
الجدار العضلى والبريتونى للامعاء
موضع قطع الامعاء
ملحوظة
تسدّ الاربع فتحات الناتجة خياطة
حتى لا يتسرب شيء الى التجويف البطنى
الغشاء المخاطى للامعاء
الجدار البطنى
وطعنى السقوط

الزواج والحمل والوضع

فى التدرن

بقلم ا. وارد E. Ward F. R. C. S. طبيب السل فى ديفن الجنوبية

ترجمها الدكتور محمد مبارك طبيب مستشفى شبين الكوم

عن لانست ١٥ سبتمبر ١٩٢٣ [١]

لا يلزم التعمل فى الاجابة على السؤال الهام وهو هل يجوز للمرأة المسلولة أن تتزوج ويكفى للاجابة عليه أن نعرف الاضرار التى تنشأ من زواجها لنفسها وأولادها ولزوجها وبالبحث فى كتابات الموضوع على ما بها من كثرة لا نجد جوابا شافيا ونجد أن مجموعات من الحالات تظهر نتائج متضاربة وحقن التبركولين متناقضة نتائجها بعضها مع بعض ومع تقريرات رجال عظام كذلك كتب الطب لا تساعدنا أكثر من ذلك . كتب ازلر « Osler » يزيد الحمل أخطار السل كثيراً ويقتبس من دبوا (Dubois) هـذا « اذا كانت امرأة مهددة بالسل وتزوجت فقد تتحمل الولادة الاولى جيدا والثانية بتعب ثم لا ثالثة » ولـكن أراء متضادة تذكر بتأكيد مماثل ولقد سمعت من أطباء مجربين أن الزواج والحمل يفيدان دائما المرأة المسلولة . وبحث ما وقع تحت نظرى من مادة للموضوع قد اجتهدت أن اضئ قليلا هذه المسالة الصعبة ولـكنى فى النهاية استخلصت كما يحصل فى المسائل المتضادة عادة ان كلا الرأيين صحيح وكلاهما خطأ . وعلى العموم تتفق استنتاجاتى بما طبعه فشبرج Fishberg واسمحوا لى أولا أن اذكر حالتين توضحان مثالا يشاهد كثيرا

---

(١) ترجمت هذه القطعه لاختصارها ووضوحها واشتمالها على معلومات محددة وهى مقالة قرئت أمام جمعية السل

كانت امرأة سنها ٢٦ سنة تعالج منذ ثلاث سنوات فى أحد المستوصفات العامة من درن رئوى تزوجت فولدت عشرا ولقد حسن الزواج صحتها وكذلك الوضع الاول أما فى باقى حالات الوضع فقد جعل بعضها حالتها أسوأ وبعضها أحسن وبعضها لم تتأثر منه والان وسنها ٥٤ سنة لم تتغير حالتها عن وقت زواجها وليس فى صدرها علامات كثيرة وتقذف يوميا قليلا من البلغم وقد وجد فيه ميكروب الدرن مرتين حديثا . أما أولادها فقد مات ثلاثة منهم بالسل وثلاثة أحياء ومرضى بالسل ومات اثنان آخران بأمراض لم تعرف وأعتبر أنا الاثنين الباقيين سلبيين

الحالة الثانية . امرأة تبلغ من العمر ٤٧ سنة حجبت فى غرفتها كمريضة بالسل ما بين سن ١٦ الى ١٨ سنة ولـكنها خرجت بعد ذلك وتزوجت فى الرابعة والعشرين وتحسنت صحتهـا منذ ذلك وكانت تسوء حالتها أحياناً بعد الوضع وأحياناً تتحسن ولـكن لم تكن تتغير غالباً . من أولادها الـ ١١ ثلاثة مرضى بالسل وكلهم فى المصح وأربعة مشتبهون وواحد توفى وثلاثة أحياء لم أمتحنهم أنا الى الآن

وأنا لم أزل من ثلاث سنوات أجتهد فى جمع المعلومات عن اضرار الزواج بالنساء المسلولات ولم يتم البحث بعد وهو ناقص فى جملة مواضع والمعلومات التى تضاعف العـدد الذى سيذكر بعد قريبة ولـكن أعتقد أن الخلاصة لا تختلف كثيراً . ونحن لا نرغب فى اثبات نتائج ممتازة ولـكن كل ما نرغب فيه أن نذكر بالتقريب اذا كانت المريضة تتحسن أو تسوء حالتها أو لا تتغير بالزواج والحمل والوضع والرضاعة . كذلك قد بحثت حالات الاطفال ولقد جمع بعض المعلومات من مشاهدات شخصية وبعضها بالسؤال ثانية فى مرات مختلفة ولقد محصت المعلومات فى كل ظرف ممكن بالسؤال أيضاً من الأقرباء والاصدقاء والطبيب المعـالج واذا حصل شك فتعتبر الحالة لم تتأثر ولا يعتبر الا السل

الشديد وهناك صعوبات عدة أهمها معرفة ما اذا كان سوء الحالة يرجع الى السل أو الى سبب اخرى . وأهم هذه الأسباب هى القىء فى الحمل واصابات العجان والرحم واختلاف أوضاع الرحم بعد الوضع . وبالبحث يمكن التفريق دائماً بين هذه الاسباب و بين السل اذا حفظت هذه فى الذاكرة أما ما يحدث من النزيف فليس ذا أهمية لأن المريضة تشفى حالا من ذلك فاذا لم يحصل الشفاء عاجلا فربما زاد ذلك فى شدة المرض . وهناك مباحث جانبية كثيرة مشوقة ولكن الطريق العام هو الذى سيتبع ولأجل أن تكون النتائج مختصرة واضحة فستوضع فى نسبة مئوية

الزواج

كانت نتائج الزواج وحده على ١٢٥ حالة كالآتى

٦٠ ./. لم يتغير ، ٢٦ ./. أحسن ، ١٤ ./. أسوأ وأخيراً قد احتسبت الرجال ولكن ٢٣ حاله فقط قد بحثت الى الآن . وفى هذه ٧٠ ./. لم تتأثر ، ٢٦ ./. أحسن ، ٤ ./. أسوأ وعلى ذلك يكون السل لا يتغير أو يتحسن فى نحو ٩٠ ./. من السيدات بعد الزواج وعلى فرض أن من ١٥ الى ٢٠ تسوء حالتهن بعد الزواج فى مدة من سنة الى سنتين فعلى العموم يمكننا أن نستخلص أن الزواج اذا كان له تأثير على السل فهو الى الحسن والفائدة

الحمل

كان فى ٤٢٣ حالة حمل فى ٢٣٧ امرأة ٥٣ ./. لم تتأثر ، ١٦ ./. تحسنت ٣١ ./. ساءت حالتهن ولقد ابتدأت العلامات الاكلينيكية للمرض فى ٤ ./. من النساء فى مدة الحمل وفى هذه قد انتهت الحالة بالوفاة فى أقل من نصف الحالات وقد تحسنت بعض الحالات تحسناً كبيراً و بعض الحالات قد ساءت

جداً ولكن ٧٠ ٪ قد تحسنت أو لم تتغير ولسوء الحظ لا يمكن اعتبار الحمل من غير اعتبار الوضع أيضا

الوضع

٣٢ ٪ من حالات الوضع وهى ٤٤٣ فى ٢٤٠ امرأة لم تتغير ، ١٩ ٪ تحسنت ، ٤٩ ٪ ساءت

ابتدأ المرض فى ١٧ ٪ من الحالات بعد الوضع وقد مات نصفها واذا أضفنا حالات الوضع كانت النسبة ٢١ ٪ وبغض النظر عن الحالات التى ابتدأ فيها المرض والتى تستلفت النظر بطبيعة الحال وشغلت فى أحيان كثيرة الكاتبين فى الموضوع بغض النظر عن هذه مات ٢ ٪ من النساء بسبب زيادة المرض بالوضع فقط . وعلى هذا يكون الوضع سببا فى زيادة سل المسلولات ولكن لا الى حد الوفاة . اسوأ الحالات ما ابتدأت فيها ولم تكن ملاحظة من قبل ومع ذلك فهناك بعض الحالات (١٩ ٪) تتحسن بالوضع بدرجة كبيرة . ولقد تكون الواحدة مسلولة بدرجة العدم فتنتعش بعد الولادة الاولى وتصير أما لعائلة كبيرة وقد نجد حالات حسنة فى الحمل تسوء بعد الوضع والعكس قليل . وقد تتدهور الحالة أثناء الحمل بسرعة ولكنها تقوى بعد ذلك مع أنها مكلفة بخدمة طفل . ولا يصح أن تعتبر الحالة النفسية لهذه الحالات ودراسة مقاومة هذه الحالات لهذا المرض أثناء الحمل بعد الوضع قد تضىء لنا ميكانيكا المناعة

الاجهاض : أنا لم أبحث نتائج الاجهاض بحثا دقيقا ولكن فى ٣١ حالة من هـذه الحالات كانت النتيجة كالاتى ١٤ حالة ٤٧ ٪ لم تتأثر وواحدة ٣ ٪ تحسنت ، ١٦ حالة ٥٠ ٪ ساءت ولقد ظهرت الاعراض فى ٤ حالات من هذه بعد الاجهاض (١٢٫٥ ٪) مات نصفهم أما تأثير الاجهاض الصناعى فى المسلولات فمسألة فيها نظر

الرضاعة

بحثت ٣٤١ حالة فى ١٩٧ سيدة ولقد ارضعت الامهات أولادهن مدة تتراح بين بضع أسابيع وثلاث سنوات ولـكن لم تتأكد سوء الحالة الا فى ٣٠٢ ٪ ولقد ابتدأت تسوء حالة الام بعد الوضع بمـدة طويلة وقبل انتهاء الرضاعة. ولقد قلت أن نتائج الرضاعة شديدة ولـكن هناك نقط كثيرة للبحث والطبيعة تحمينا كثيرا من هذه الجهة فالمرأة التى تستطيع الارضاع لا يمكنها عمله فعملية الرضاعة قد تكون شاقة ولـكن يحصل أحيانا أن التيقظ ليلا وتدفئة زجاجات اللبن وتغذية الطفل قد تكون أشق . وكمية التغذية التى يأخذها الطفل فى الستة أسابيع الاولى ليست كبيرة وهناك نقط أخرى مهمة جديرة بالبحث

الاطفال : بحث ٣٧٢ طفلا بعد حالات الوضع التى ذكرت منها ٢٩٠ بحثتها شخصياً كان منها ٤٥ ٪ سلبية ، ٣٤ ٪ مسلولين مات منها الربع بالمرض وكان ٢١ ٪ مشتبهة وكان من الحالات التى لم ابحثها أنا ٤٢ ٪ ماتوا من أمراض لم تعرف أو غير سلبية . ولقد وضعنا مع هذه الحالات اغلب الحالات التى ماتت بتدرن فى الامعاء . قارن بين هذه الحالات و بين ٨٢ حالة اتخذت كضابط (Controls) أعنى حالات تعيش مع غير المسلولين . كان منها ٨٧ ٪ سلبية ، ٥ ٪ سلية ، ٨ ٪ مشتبهة . وكان من ١٧٧ حالة ترضع بامهات مسلولات ٣٥ ٪ سلبية ، ٣١ ٪ سلية مات منها الخمس ، ١٥ ٪ مشتبهة ، ١٥ ٪ لم أرها شخصياً ، ٤ ٪ ماتت باقراص لم تميز وكان بين ١١٦ حالة تغذى تغذية صناعية ٣٢ ٪ سلبية ، ٧٥ ٪ سلية مات منها الخمس ، ١٤ ٪ مشتبهة ، ١٤ ٪ لم أرها شخصياً ، ١٥ ٪ ماتت بامراض غير معروفة ويوجد طبعاً مواضع شبهة فى هذا ولـكن يمكن غض النظر عن الفرق الصغير فى الاضرار التى تصيب الاطفال

التى تغذى تغذية صناعية .

أما من حيث الزوج فالمجال لا يتسع الآن لذكر السل المتعادل وأنا أعتقد أن الزوج يعدى من الزوجة ان قريباً وان بعيداً اذا لم تكن عنده مناعة وراثية أو عدوى شخصية بطيئة .

الخلاصة

يستخلص من ذلك أن المرأة المسلولة لا تفقد شيئاً بالزواج وحده ولا ينتظر أن يؤثر عليها من أى جهة فاذا كان ولا بد من التأثير فانه يكون الضعف الى الحسن منه الى سوء حالتها وأزيد . أما الحمل والوضع فانهما يزيدان حالتها سوءاً ومع ذلك فان النسبة بين زيادة السوء فى حالتها الى زيادة التحسين كالنسبة بين ٥٠ ٪ ، ١٩ ٪ أما الاطفال فانهم يكونون مسلولين بسبعة أمثال أطفال غير المسلولين .

أما من حيث النصيحة التى تعطى للمصابات اللاتى شرعن فى الزواج :

فالمرضى الذين يسألون عن هذا لا يسمعون النصيحة الا اذا وافقت هواهم قال الطبيب « لا تتزوجا » وكان الزوجان مرتاحين ظاهراً وباطناً لعدم الزواج فانهما يمتنعان من هذا الامر ولكن النتيجة لا تكون هكذا اذا كان العكس وغالباً تكون نتيجة مثل هذه النصيحة الزواج السريع وأحسن طريقة لمنع الزواج غير المرغوب فيه أن يؤجل وخير النصيحة أن نقول «انتظر» موضوعة فى قالب طويل أو قصير حسب ظروف الاحوال وكل حالة يجب أن ينظر اليها بعين خاصة من كل وجه وأعدادى التى ذكرتها تنطبق على الطبقات الفقيرة وأنا الآن أجتهد فى جمع معلومات عن الطبقات الغنية .

وقد تذكر النسب ولكن أكبر الاضرار يصيب الاطفال ويجب أن يؤكد هذا . والمرأة فى سن الزواج اذا كانت مصابة بسل متقدم يجب ألا تحمل ولأجل

تخفيف وقع حرمان المصابة من الامومة يجب أن يذكر لها الضرر على شخصها أما من جهة الرضاعة فى النهاية فان الوالدة ترضع طفلها حتما الى ستة أسابيع اذا كان عندها لبن وأزيد من ذلك فى كثير من الحالات ولكن لا تزيد المدة عن ثمانية أشهر ودائماً بتحفظ اذا كانت معدية .

وهل يمكن المقارنة بين اضرار السل الوراثى والعدوى من المقارنة بين الاطفال المرضى بالسل الجراحى المقفل والسل الرئوى المفتوح ؟ أنا الى الآن لا يمكننى الحكم ولكن سأجتهد ولو كانت ملاحظه بيرى Piérys صحيحة وهى أن العرق من المصابين بالسل الجراحى المقفل اذا كان يعطى ٣٠٪ نتائج ايجابية فى الارانب الهندية فان الصعوبات تكون غير مذللة

طريقة ماكلين

لمعرفة مقدار السكر فى الدم

للدكتور اندراوس عربانه

المحاليل المطلوبه

أولا — يذاب ١٥ جم سلفات صودا مبلوره فى ١٠٠ جم ماء ويضاف عليها ١ر٠ سنتيمتر مكعب من حامض الخليك النقى

ثانياً — محلول حديدى (dialysé)

ثالثاً — المحلول الآتى بيكربونات البوتاسا ٠ر١٢

كربونات البوتاسا الجافه ٠ر٨

سلفات النحاس مبلور ٠ر٣٥

ايودات البوتاسا ٥ر٠
يودور البوتاسا ٥٠ر٠
ماء مقطر لغاية ٠ر١٠٠

رابعاً — محلول ثيسلفات الصودا ١٠/١٧ ويحضر منه ساعة التحليل محلول ٤٠٠/١٧

خامساً — محلول نشا ١٢ر٠٣./ يحضر ساعة التحليل

سادساً — حامض الكبريتيك ٢٥ر٠

طريقة التحليل

يؤخذ ٨ر٢٣ س . م من محلول (١) ويوضع فى دورق النماير يحتمل الحرارة ويوضع على ذلك ٢ر. من الدم يؤخذ بالنوبه خاصة ويسخن الدورق على النار حتى تظهر فقاقيع أى حتى يقرب على الغليان فيبعد عن النار ويوضع عليـه ١ سم من محلول (٢) ويبرد ثم يرشح

يؤخذ ٢٠ س.م من السائل المرشح ويوضع عليه ٢س.م من محلول (٣) ويغلى على النار لمدة ستة دقائق تحسب من ابتداء الغليان ثم يبرد السائل و بعد ذلك يضاف عليه ٢س.م. من محلول (٦) و ينتظر مدة دقيقة يرج فيها الدورق كل خمس ثوان

يوضع محلول (٤) مخفف فى بيوريت وينزل تدريجياً على السائل فى الدورق حتى يزول اللون الاصفر تقريباً ثم يوضع عليه نقطتين من محلول (٥) فيتحول اللون الى أزرق مستمر فى انزال محلول ثيوسلفات الصودا حتى يزول اللون الازرق ويعرف عدد السنتيمترات المكعبة التى لزمت لذلك ولنفرض أنه س

يوضع ٢س.م. من محلول (٣) على ١٠ س.م. ماء على ٢س.م. من محلول (٦) وينزل عليه سائل ثيوسلفات الصودا ولكن ص.س.م. لازمة لازالة

اللون الازرق يكون ص — س ما يوازى السكر فى الدم ومنه يعرف كمية السكر فى الدم من الجدول الآتى

محلول س . م	نسبة السكر فى الدم	محلول . م س	نسبة السكر فى الدم
٠ر١٢	٠ر٠١٨	٣ر٢٤	٠ر١٦٨
٠ر٢٥	٠ر٠٢٥	٣ر٣٦	٠ر١٧٥
٠ر٣٨	٠ر٠٣١	٣ر٤٩	٠ر١٨١
٠ر٥٠	٠ر٠٣٧	٣ر٦١	٠ر١٨٧
٠ر٦٢	٠ر٠٤٣	٣ر٧٤	٠ر١٩٣
٠ر٧٣	٠ر٠٥٠	٣ر٨٧	٠ر٢٠٠
٠ر٨٦	٠ر٠٥٦	٣ر٩٩	٠ر٢٠٦
٠ر٩٩	٠ر٠٦٢	٤ر١٢	٠ر٢١٢
١ر١٣	٠ر٠٦٨	٤ر٢٤	٠ر٢١٨
١ر٢٦	٠ر٠٧٥	٤ر٣٧	٠ر٢٢٥
١ر٣٩	٠ر٠٨١	٤ر٤٩	٠ر٢٣١
١ر٥٣	٠ر٠٨٦	٤ر٦٢	٠ر٢٣٧
١ر٦٧	٠ر٠٩٣	٤ر٧٤	٠ر٢٤٣
١ر٨٠	٠ر١٠٠	٤ر٨٧	٠ر٢٥٠
١ر٩٤	٠ر١٠٦	٤ر٩٩	٠ر٢٥٦
٢ر٠٧	٠ر١١٢	٥ر١٢	٠ر٢٦٢
٢ر٢٢	٠ر١١٨	٥ر٢٤	٠ر٢٦٨
٢ر٣٥	٠ر١٢٥	٥ر٣٧	٠ر٢٧٥
٢ر٤٤	٠ر١٣١	٥ر٤٩	٠ر٢٨١
٢ر٦١	٠ر١٣٧	٥ر٦٢	٠ر٢٨٧
٢ر٧٤	٠ر١٤٣	٥ر٧٤	٠ر٢٩٣
٢ر٨٦	٠ر١٥٠	٥ر٨٧	٠ر٣٠٠
٢ر٩٩	٠ر١٥٦	٥ر٩٩	٠ر٣٠٦
٣ر١١	٠ر١٦٢	٦ر١٢	٠ر٣١٢

وتفضلوا بقبول فائق احتراماتى

بعض حقائق خاصة بعلاج الملاريا

نقلا عن المجلة العلاجية

مترجمة بقلم الدكتور أمين عوض الله

يذكر قراء المجلة العلاجية اننا نشرنا فى سنة ١٩١٨ مقالات كثير خاصة بهذا الموضوع

ولا يوجد فى كثير من انحاء المعمورة موضوع انفع وأهم من الوجهة الطبية منه وعلى ذلك نجد من الضرورى جداً عند سنوح الفرصة ان نشير الى المقالات الهامة التى تنشر بخصوص علاج الملاريا فى مجلات امريكا والمجلات الاجنبية وقد كانت الحرب العالمية الكبرى التى شتت الجنس الانجلو سكسونى فى جميع انحاء العالم بعدد وافر أكثر من كل الاوقات الماضية سببا فى انتشار حمى الملاريا بدرجة لم يسبق لها نظير وذلك مما دعا الكثيرين من نوابغ الاطباء ان يوفوا هذه المسألة حقها من البحث بطريق لم تكن ممكنة فيما مضى ففى اجتماع الجمعية الطبية بلوندرا فى السنة الماضيـة قام كثير من مشاهير أطباء الانجليز بمباحث جليلة القيمة فى هذا الموضوع

فالدكتور جيمس ابتدأ بتلاوة عدة احصائيات ليس من المناسب نشرها فى مجلة علاجية مثل هذه ولكنه أشار بصفة خاصة الى الصعوبات الجمة فى مراقبة حالات المالاريا خصوصا اذا لم يكونوا تحت النظام العسكرى

وكثير من هؤلاء المرضى حتى اذا لم تظهر عليه أعراض الملاريا الواضحة يحملون العدوى وعلى ذلك فانهم يكونون خطراً عظيما على من لم يتعرض مثلهم للعدوى فى المناطق الحارة وفى بعض الحالات كان الكنين يعطى بمقادير

صغيرة غير كافية حتى ان المرضى فقدوا الثقة بهذا الدواء ولم يعودوا يعبأون بسماع الاوامر

وهذا الامر مما يجعل الاحصائيات بخصوص فائدة الكينا لا قيمة لها

وقد ناقشنا فى بعض المقالات السابقة اختلاف النظر الكائن بين حقن الكينا فى العضلات وبين حقنها بطريق الوريد فى علاج الملاريا ويذكر القراء أن أطباء الهند الشرقية منقسمون فى هذا الموضوع الى قسمين فقسم يحرم عمل الحقن فى العضلات بدعوى ان ذلك مما يسبب التتانوس والقسم الآخر يحبذ عمل الحقن على شرط أن تتخذ الاجراءات اللازمة وينكرون أن الحقن مؤلمة بدرجة تقلل من استعمالها

(فالدكتور نيوتن بيت) فى مناقشة الجمعية الطبية بلوندرا قرر أنه يعتبر أن الحقن داخل الوريد طريقة سهلة وذات قيمة كبيرة فى اعطاء الكينين ولكنها بكل أسف غير مستعملة كثيراً وأن الخوف من احداث تتانوس بهذه الطريقة فى غير محله ولو أن هذا الخوف دعا السلطات الحربيه الهنديه أن تمنع استعمال هذه الطريقة وهو ينكر أيضاً ضرورة استعمال كمية كبيرة من السائل مع الكينا وانما يقول بوجوب اعطاء كميات كبيرة من السائل فى الاحوال الخطرة فقط وأشار الى أن الدكتور تومسون وخلافه قد أظهروا أن مقداره ١٢ — ١٥ قمحة من الكينا فى ٥ أو ١٠ س م من الماء اعطيت للآف بواسطة حقن الوريد ولم يحدث منها نتائج سيئة قط

وهذه النتيجة هى بنفسها ماتوصل اليه كثير من جراحى البحرية فى الولايات المتحدة وقد اقتبسنا الكثير من تقريراتهم فى أعداد سابقة والدكتوران ماكلين وميشيل يؤكدان فائدة استعمالها بين البحاره الاميريكان وفوائد الحقن فى الوريد تنحصر أولا فى أنها شديدة الفتك بالحيوانات الطفيلية وثانياً التأكد من أن الدواء يعمل مفعوله المطلوب وثالثاً أنها يمكن أن تميت

الطفيليات التى حدث عندها مناعة ضد مقادير الكينا الصغيرة التى تمتص بواسطة التعاطى بالفم

وفى استبالية لندن الثانية العمومية تعالج حالات الانتكاس بالملاريا بواسطة الحقن اسبوعياً داخل الوريد ويضاف الى ذلك ١٠ قمحات كينا بواسطة الفم ثلاث مرات كل يوم

ولذلك يحضر محلول من ثانى كلوريدرات الكينا يحتوى على ٤ قمحات فى كل سم فيحفظ هذا المحلول وعند الاستعمال يخفف بان يضاف ٣سم من المحلول الى ١٥ سم محلول ملح معقم ويحقن ذلك بواسطة ابرة صغيرة ويجب أن يمنع المريض من الحركة مدة ساعة أو يبقى فى الفراش اذا كانت درجة الحرارة غير طبيعية

ويؤكد الدكتور بيت أن الحقن ليست مؤلمة ويفضلها المرضى كثيراً عن الحقن داخل العضل ثم أنه زيادة عن ذلك يقرر أنه فى حالات حمى الماء الاسود عند ما تكون الطفيليات بمقادير كثيرة فى الدم وكمية البول قليلة جداً فان المرض يتحسن بسرعة بعد حقنة واحدة أو اثنين

وهذا طبعاً مخالف لآراء الكثيريين الذين يعتقدون أن الكينا يمكن أن تسبب حمى الماء الاسود — والدكتور كاستلانى شديد الثقة فى مفعول الكينا ويعتقد أن ٣٠ قمحة يوميا أو ٤٥ قمحة وأحياناً ٦٠ قمحة مفيدة جداً وفى الحقيقة فانه يعطى من ٨ الى ١٢ قمحة يوميا الى الطفل البالغ من العمر سنة واحدة

ويعتقد أن الكينا يجب أن تعطى بواسطة الفم فى الاحوال العادية وبالحقن فى العضلات فى الاحوال الشديدة وبواسطة الحقن فى العضلات وفى الوريد معاً فى الاحوال الخبيثة ويوصى كثيراً بضرورة تعقيم الجلد تعقيما جيداً قبل الحقن فى العضلات وبزيادة العناية فى تعقيم المحلول الذى يجب أن يحقن

عميقاً تحت العضل ولا يوافق أن حالات (التأثير بالـكينا Idiosyncracy) كثيرة الحصول ووجد أن أزرق المتيلين مفيد جداً فى الحـالات التى لا توافقها الـكينا

وبينما يعتقد أن تراكيب الزرنيخ القديمة مفيدة فى الاحوال المزمنة فانه يقرر أن السلفرسان أو النيوسلفرسان ليس لهم أى تأثير جنسى

وفى أثناء المناقشة أكد الدكتور بلفور الحقيقة المشهورة أنه من المهم جداً اعطاء الـكينا قبل أن تتكون Gametocytes وأكد ضرورة لزوم المريض للفراش عند ابتداء المرض من ١٠ — الى ١٥ يوما بفكرة مداواة المريض نفسه وليس مداواة المرض ولـكنه قرر أن الحقن فى الوريد يحسن عملها فى الاستبااليات لا غير

والدكتور وارد أبدى فكره بان القشعريرة ليست مسببة مباشرة عن التفريخ ولـكنها مسببة من المواد السامة Toxins التى تدخل الدم وأن هذه المواد تأثيرها على عدة خلايا وأهمها المواد الازوتيه التى فى الدم تسبب بدورها احداث مواد أزوتيه غريبة فى الدم وهذه تحدث الاعراض المعروفة عن نوبة الملاريا ويرى أن الـكينا يجب اعطاؤها ليس فى وقت القشعريرة ولـكن عندما يشعر المريض بالراحة تعطى الحقن داخل الوريد

والعناية بالاكل والراحة التامة مفيدان جدا ويجب ان يعطى المورفين ليخفف من شدة التقلصات وقال أنه اعتاد ان يعطى المورفين مع الـكينا فى الاحوال الحادة وفى مقالة أخرى للدكتور كارمالت جبونس بخصوص هـذا الموضوع تـكلم عن اختباراته الشخصية التى حصل عليها فى سالونيكا والعراق

والنقطة المهمة فى مقالته التى نشير اليها هى سرده لاختبارات كثيرين غيره لجأوا لطريق الحقن فى الوريد باعطاء ٢٠ قمحة فى ١٥ أوقية محلول ملح مرة كل يوم أو مرتين اذا لم تنخفض درجة الحرارة ويصحب ذلك باعطـاء

الـكينا بواسطة الفم أيضاً

وهو يعتقد ان هذه الحقن غير مستحسنة فى الحالات التى يوجد فيها أعراض قلبية أو صدرية ويوافق زملاؤه الذين يعارضون فى اعطاء الـكينا للوقاية خوفا من احداث طفيليات يكون لها المناعة ضد الـكينا والدكتور فريزر يقرر حقائق ذات أهميـة عظمى خصوصا لانه كان مدير معهد المباحث الطبية فى شبه جزيرة ملقا والنقط التى يعلق عليها الدكتور فريزر هى ما يأتى

أولا — ان الـكينا تعطى بمقادير تخمينية غير منظمة صغيرة والنتيجة ان الدواء يفقد مفعوله والمرضى يفقدون الثقة به

ثانيا — يعلق أهمية كبرى على وجوب الاعتناء بالقناة الهضمية لاجل امتصاص الـكينا فضلا عن أنه للحصول على أحسن فائدة من الـكينا يجب أن تعطى بواسطة الفم فى محلول وليس فى حبوب أو أقراص ولو ان المحلول طبعا غير مقبول الطعم

لا ينصح باستعمال أقل من ١٥ قمحة يوميا وعند حصول الانتكاس فانه يوافق زملائه الاخيرين فى فائدة الحقن بالوريد وفى الحالات الخبيثة ينصح باعطاء كميات كبيرة من الـكينا أكثر من الحالات الاعتيادية خصوصا بعد نزول درجة الحرارة أى فى دور العرق — فيبدأ باعطاء الحقن

ولا يوافق على اعطاء الـكينا فى وجود القشعريرة لانها يمكن ان تسبب قيء ولا يمكن ان توقف سير النوبة

وفى بعض أحوال قليلة من حالات حمى الماء الاسود التى شاهدها — كان يمنع الـكينا بينما البول يكون غير عادى وتعطى ثانيا بمقادير كبيرة لما تزول هذه الاعراض

وهذه المناقشات أدت الى ارسال كثير من المقالات الشائقة الى المجلة الطبية الانجليزية ومجلة اللانسست والدكتور ويلسكوكس بعد اختبار مدة

ثلاث سنوات فى العراق يوافق الاخرين على ان الكينا هى الدواء الوحيد الذى يجب اعطاؤه ويقول بان نسبة مفعول الكينا عند اعطائها باى مقدار بواسطة الشرج والفم وحقن فى العضل أو حقن فى الوريد هى كنسبة (١) الى (٢) اى ٢٠ الى ٤٠ بمعنى ان ٥ قمحات بواسطة الحقن داخل الوريد مفعولها الطبى يوازى مفعول ١٠٠ قمحة بواسطة الفم

ومن رأيه ان حقن الكينا تحت الجلد تسبب غنغرينة ويجب ابطالها ولو ان ذلك لا ينطبق على الحقن داخل العضل فى الحالات الخبيثة أو المنتكسة ويرى انه يجب اعطاء ٣ حقن الى ٦ حقن داخل الوريد أو داخل العضل مصحوبة بكميات بواسطة الفم

ويؤكد أنه فى احوال الملاريا المصحوبة باعراض مخية حادة يكون لاعطاء الكينا بواسطة الحقن فى الوريد أهمية عظمى مثل أهمية العملية الجراحية فى حالات التهاب الزائدة الدودية الحاد السريع لان تأخير بضع ساعات قد يحدث الوفاة

وهو يعطى فى الحقن داخل الوريد ١٠ قمحات من ثانى كلوريدرات الكينا فى ١٠ س م محلول ملح ولكن اذا كان المريض فى حالة ضعف شديدة فان الجرعة تعطى فى نصف لتر محلول ملح ولاجل الحقن داخل العضل يعطى ١٠ أو ١٥ قمحة فى ٢½ س م محلول ملح تحقن عميقا داخل العضل

ولكنه يخالف الدكتور كاستيلانى بخصوص Idiosyncrasy ويذكر على سبيل الاستدلال حالة مريض تسبب له ضعف بصر شديد بعد أخذ ١٠ قمحات كينا فى أول يوم و ١٥ قمحة فى اليوم الثانى ومن العجيب انه يعتقد ان هذا التسمم يحدث من تعاطى الكينا بواسطة الفم أكثر من حدوثه بواسطة الحقن

وأخيراً فان الدكتور بلفور اضاف الى ذلك قوله انه يرى ان اعطاء الادرينالين يكون ذا فائدة فى احوال الملاريا الخبيثة لانه بين ان هذه

الحالات تكون مصحوبة بعدوى شديدة فى الغدد الفوق كلوية لذا فان الجسم يفقد عصيرها الطبيعى الهام

فوائد حقن المصل

النـاتج من الشخص المريض نفسـه

للدكتور حسن كامل بشبرا

لقد لاحظت من مدة أن حقن مصل الدفتيريا فى حالات التهابات اللوز الغير دفتيرية قد أتى بنتائج غريبة شافية وسريعة الفعل وقد دونت هـذه المشاهدة فى أحد أعداد المجلة الطبية المصرية ثم طالعت مقالا يؤيد ذلك تماما فى مجلة اللانست . قال كاتب المقال أنه جرب المصل المضاد للدفتيريا فى التهابات الزور الغير دفتيرية فاتت بنجاح باهر ولـكن الـكاتب لم يتأكد عن القوة الشافية هل هى نتيجة المصل نفسه وحينئذ يكون أى مصل شافياً ولا يلزم أن يكون المصل مضاد للدفتريا

مضى على هذا البحث أو هذه التجربة أكثر من سنة وللأسف لم أر من يؤيدها أو ينكرها كما اذكر حضرات قراء المجلة الطبيه الافاضل اننى لم أر من يؤيد أو يرفض بحثى فى مسأله تنبيه القلب التى كتبتها فى نحو خمسة أعداد من المجلة الطبيه المصريه كأن مواضيع المجلة لا تستحق أن يعيرها حضرات الاطباء الاماجد بعض الاهتمام كما هو الحال بالبلاد الاخرى وهذا مما يؤسف له كل الأسف

أما ما أود اثباته فى هذا الموضوع فهو أن للمصل نفسه العارى عن اكتساب قوة المناعة تأثيراً منوعاً ظاهراً فى جميع الالتهابات سواء كانت حادة أو مزمنة

طريقة تحضير المصل من الشخص المريض :

الطريقة سهلة و بسيطة وهو أن يمسح جزء من الجلد على الصدر بالكؤول النقى ويثبت قطعة حراقة (Blister) قدر ٤×٤ سنتيمتر لمدة ١٠ ساعات و بعد ذلك تنزع الحراقة ويمسح تحتها بحذر بماء معقم و يؤخذ المصل بواسطة حقنة جلدية مقدار ٥ الى ١٠ س.م ويحقن فى ذراع الشخص نفسه تحت الجلد وتكرر هذه العملية بعد كل اسبوع

تأثير الحقنة موضعياً :

لم أشاهد فى جميع الحالات التى جربت فيها هذه الطريقة أى تفاعل (Reaction) أواحمرار محل الحقنة أو حدوث خراج الخ. أو ارتفاع حرارة الخ

الحالات التى جربت فيها هذه الطريقة

(١) التهابات رئوية عديدة لم يفقد منها واحدة

(٢) بعض حالات نزلات شعبية مزمنة — تحسين ظاهر

(٣) بعض حالات سل رئوى تحسين ظاهر وزيادة القابلية للأكل وزيادة فى الوزن ولهذه المناسبة أقول اننى فى بدء تجربتى هذه الطريقة صادفنى تحسين ونجاح فى حالتين كدت أتخيل فيهما اننى قد وصلت الى علاج نوعى شاف للسل وكادت تأخذنى الخيلاء لأن النشر فى المجلات والجرائد السيارة اننى توصلت للعلاج الناجع لهذا المرض كما تخيل غيرى من قبل ولكن ما كدت اغتبط باكتشافى حتى صادفنى سوء الحظ فى حالات أخرتنى عن النشر على أننى لا أنكر التحسين الظاهر فى بعض الحالات ولا أنسى حالة الشاب ع.ع.ر الذى كان دائماً قابلا للنزف الرئوى حتى أنه كان فى بعض الأيام ينزف ما يقدر بعشرة أوقيات من الدم أو أكثر وقد جربت له كل أنواع العلاجات المانعة للانزفة ولكن كانت تلك الطريقة أكيدة الفائدة حتى اصبحت لا يمكننى اهمالها فى أى حالة مثلها

(٤) حالة آلام روماتزمية شديدة فى شاب مصاب بسيلان حاد وقد جربت له جميع المسكنات وحقن فاكسين السيلان فافادته هذه الطريقة فائدة ظاهرة لا تجعل مجالا للشك

النتيجة

من هذه التجارب يمكن الاستنتاج ان لهذا المصل فائدة منوعة للالتهابات وشافية فى بعض الحالات

قيمة هذا المصل

ان هذا المصل طبيعى لم يكتسب أى قوة مناعة لانه من المريض نفسه واليه والا فمن يمكنه من حضرات الاساتذة المشتغلين بالاعمال البكتريولوجية ان يوافينا بتعليل القيمة الحقيقة هل هى تماثل قوة التلقيح من الشخص نفسه Autovaccination أو تماثل عمل الخراج الصناعى وليت بعض حضرات الزملاء يجرب الطريقة فهى بسيطة وسهلة حتى ينبئوننا بالنتيجة فيما بعد

الحقن بالمصل ضد الدفتريا

داخل النخاع الشوكى فى أحوال الدفتريا الخبيثة

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

نقلا عن المجلات الفرنساوية

للدكتور عبد الحميد العرابى

نشر الدكاتره برنهامو (Bernhamou) وكاتى Camatte وفلوجنى Flogny نتائج حسنة كثيرة عن الحقن داخل النخاع الشوكى من ٢٠ الى ٤٠ سنتى متر مكعب من المصل المضاد للدفتريا فى أحوال الدفتريا الخبيثة وكان الغرض من هذه الحقن موجه ضد التسمم المخى المركزى وعلاوة على ذلك فقد حقنت مقادير كبيرة من المصل داخل العضل

العدم الخلقى للرئة اليسرى

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

نقلا عن المجلات الهندية

للدكتور عبد الحميد العرابى

كانت الرئة اليمنى فى حالة الدكتور محمد (Muhamed) مغطيـة للقلب وممتدة الى الجهة اليسرى للصدر وكان الجزء الأعلى من الجهة اليسرى للتجويف الصدرى مغطى ببلورة (Pleura) سميكة جداً يبلغ سمكها ½ انش ولـكن لم يكن هناك رئة يسرى وكانت القبضة (Trachea) متصلة بالرئة اليمنى مباشرة دون ان تتفرع

وكان يوجد فى الجهة اليسرى من التجويف غدة لمفاوية ذات فصين وبفحصها بالميكروسكوب وجد انها الغدة التيموسية (Thymus Gland) ولكن كان يوجد هناك غدة تيموسية أخرى واضحة فى محلها الاعتيادى فى الحجاب المنصف الصدرى الامامى

وقد عاشت المرأة برئة واحدة مدة تسعة عشر سنة ولم تشكو بشىء ما

خطاب شكر

حضرة صاحب السعادة رئيس الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

تلقيت بمزيد الابتهاج والسرور كتاب التهنئة الرقيق الذى تفضلت الجمعية الموقرة — فى شخص سعادتكم الكريم — بتوجيهه الى أثناء اجتماعها العلمى الاول بعد انقضاء العطلة الصيفية فى هذا العام . . وذلك بمناسبة تقلدى شؤون الصحة فى هذا القطر

وهى تهنئة كريمة كان لها فى نفسى أحسن وقع وأجمل تأثير ولذا فأنى أتشرف بتقديم تشكراتى الفائقة الى هيئة الجمعية الجليلة وأنتهز هذه الفرصة السعيدة للتعبير عن تقديرى العظيم لما تقوم به الجمعية التى أتشرف بالانتماء اليها من الخدمات الصادقة وما تبذله من المجهودات الاكيدة فى سبيل خدمة الفن وترقيته على أصح الوجوه مع تمنياتى القلبية لها بدوام التقدم والارتقاء الى أسمى درجات الكمال

اسأل الله العلى القدير أن يوفقنا جميعا الى ما فيه مصلحة البلاد فى ظل جلالة مليكنا المحبوب صاحب التاج — انه سميع ومجيب ؟

سان ستيفانو فى ٨ ربيع الاول ١٣٤٢ الموافق ١٨ اكتوبر ١٩٢٣

وكيل الوزارة

الدكتور محمد شاهين باشا

محضر الجلسة العلمية الخامسة والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال فى صباح الجمعة ٢ نوفمبر ١٩٢٣ وافتتحت الجلسة فى الساعة العاشرة والدقيقة ٢٠ وبعد قراءة محضر الجلسة السابقة والمصادقة عليه قرأ الدكتور ماهر بك اعتذارا من الدكتور نجيب اسكندر عن الحضور . ثم دعا سعادة الرئيس الدكتور اندراوس عريان لالقاء محاضرته عن علاج السل الرئوى بالصدر الهوائى الصناعى وللقيام بعملية تحليل الدم لمعرفة مقدار السكر عن طريقة ماكلين

فابتدأ حضرته باجراء العملية وأخذ يشرحها للحضور واسهب فى افضليتها على غيرها ولأهمية النتيجة التى يحصل عليها الطبيب بها واستغرق ذلك نحو نصف ساعة (الشرح منشور فى غير هذا المكان)

وبعد ذلك أخذ يلقى محاضرته مستدلا بصور تخطيطية مأخوذة من لوحة الاشعة قبل وبعد العملية عن حالتين عالجهما بطريقة حقن الهواء فى التجويف البلوراوى أو بعبارة أخرى (بايجاد نيوفوبوراكس صناعى) تحسنتا بعد العلاج جداً . ثم عرض انموذجا من جهاز اكس صنع حضرته شارحا كيفية استعماله فى عملية الحقن وانتهى من محاضرته فى الساعة ١١ والدقيقة ٤٥ صباحا وبعد ذلك حصلت مناقشة قصيرة ثم شكره سعادة الرئيس على اهتمامه متمنيا له دوام الرقى العلمى

وبعد ذلك عرض الدكتور نخرى ميخائيل ان يلقى بعض الاقتراحات بخصوص تعاطى صناعة الطب فى مصر بمناسبة تهديد القطر بنزوح عدد كبير

من الاطباء الذين منعتهم حكومة الاناضول من تعاطى صناعتهم هناك فاستصوبت الاغلبية عقد جلسة أخرى خاصه بذلك فى الاسبوع القادم نص بالمناقشات التى يستلزمها هذا المقام

السكرتير

كتاب الطب المصرى القديم

للدكتور حسن كمال

اهدانا الدكتور حسن افندى كمال كتابه (الطب المصرى القديم) وقد تصفحناه فوجدناه يقع فى ٣٩٦ صحيفه من الورق الجميل المتوسط الحجم ومتقن الطبع ومبوباً الى تسعة عشر بابا بدأه بتاريخ الطب عند قدماء المصريين وشفعه بتشخيص الامراض وطرق علاجها ووصفاتهم وامراضهم . . . الخ وقد حلاه بصور بعض العمليات والالات الجراحيه وانا لنقدر للمؤلف جهده الشديد الذى بذله فى اخراج مؤلفه هذا الى حيز الوجود اذ بعمله أظهر ماتضمنته أوراق البردى من اسرار الطب عند اجدادنا الفراعنة ودل على مقدار رقيهم ومشابهة بعض آلاتهم الجراحيه للالات المستعملة الان وأرانا صفحة من تاريخ العظمة المصرية التى كانت ولا تزال موضع فخرنا اللفظى ومحل اعجاب الغربيين الذين ما فتئوا يبحثون عنها وينقبون عليها ونحن غافلون

وانا لنشكر حضرة المؤلف على هديته الثمينة ونتمنى لمؤلفه الرواج اللائق به ونحث كل طبيب وطالب على اقتنائه لانه من النفحات التاريخية المصرية الخالدة التى لاغنى لكل مصرى عنها

التحرير

فهرست

المجلة الطبيـة المصرية عن سـنة ١٩٢٣

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال المهنة فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٢٥	١٥	٩	٧
اخر المجلة	٢٠	١٢	٨	٦

La Revue Médicale

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencement de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	25	20
1/2 de page .	15	12
1/3 de page .	9	8
1/4 de page .	7	6

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	25	15	9	7
Back Section. £. E.	20	12	8	6

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد



ميدي
مرهم ميدي
لبوس ميدي
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
ادرينالية
استوفايية
انستيزية
خلاصة ابو فروة الهندي جديدة وثابتة
يحتوي
على اربعة عناصر
للبواسير
حبيبات فوارة
بيبرازين ميدي
لا بد من الاعتراف هنا بالمكانة العظمى التي يلقاها البيبرازين ميدي لدى جمهور الاطباء والمرضى وان الادوية الحديثة ما هي الا مستحضرات ولا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور هوشار
من ملعقة الى ستة ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحمض البوليك

معامل كلين
المستحضرات الحديثة

ايزو بروميل و **موتو بروميسو فالريليرى**

انابيب فى كل واحدة ١٢ قرص بمقدار ٠,٣٠ جرام

مسكن ومنوم

يحدث نوما هادئا وليس له أدنى تأثيرات ثانوية سيئة

مقدار متوسط : — من ١ — ٣ أقراص قبل النوم

مقدار مسكن : — من ½ — ١ قرص مع الأكل

تاناستيل (استيل ثابت) انابيب كل واحدة بها ٢٥ قرص بمقدار ٠,٢٥ سنتيجرام ضد الاسهال . تخرج فى الامعاء فقط ال تانال فى حالة تولد . والتاناستيل هو العلاج المفضل للاسهال من كل نوع عند الرضع والبالغين وليست له تأثيرات سيئة مطلقا

المقادير : — للرضع من ١ — ٢ قرص كل ٢٤ ساعة والاطفال البالغين ١ — ٣ فى كل دفعة ثلاث مرات يوميا

ساليسلار (مونوساليسيل جليسرين) روح ساليسلاته ٢٠ ٪ فى زجاجات سعة ٥٠ سنتيمتر مكعب

مروخ ضد الروماتيزم ليست له رائحة : علاج من الظاهر للنزلات الروماتزمية والالتهاب البلورى . . الخ يدهن محل الألم . و يحل محل سليسلات المثيل فى كل الاحوال

فالميل (دى اثيل ازوفاليرياميد) زجاجة بها ٧٥ لؤلؤة بمقدار ٥ ٪ سنتيجرام — ضد التقلصات خواص روح الفالريانا تأثير فعال دائم ويمكن احتماله بسهولة وليس له رائحة

المقادير من ٤ — ٨ لؤلؤة فى اليوم على دفعتين أو ثلاثة تؤخذ أثناء الاكل

كومار وشركاه : اجزاجى من الدرجة الأولى ومتعهد المستشفيات

نمرة ٢٠ شارع دى فوسيه سان جاك — باريس (فابريقة ماسى)

الوكيل الوحيد للقطر المصرى وملحقاته **روبير جيرو**

صندوق بوسته نمرة ١٣٠ شارع المنيا الشرقى نمرة ٢١ أمام لوكندة سيميراميس باسكندريه

﴿ فيلا كوجين ﴾ صنع محل بارك ودفيز الكيماوية

PHYLACOGENS (PARKE, DAVIS & Co.)

ألم تستعمل للآن الفيلاكوجين ؟ فهى محاليل مائية عقيمة محتوية فقط على المواد المحوِلة التى تفرزهـا ميكروبات متعددة النوع جرى نموها في مزارع صناعية اما الميكروبات نفسها فتقتل ثم تفصل من هذه المحاليل بالترشيح . وقد اتى استعمال الفيلاكوجين بفوائد عظيمة في امراض الروماتزم والسيلان والحمره والالتهاب الرئوي والحمى التيفودية وغيرها من الامراض المعدية . يباع الفيلاكوجين فى زجاجات تسع ١٠ سنتمترات مكعبة

﴿ الادرنالين ﴾ (صنع معامل بارك ودفيز الكيماوية)

ADRENALINE (PARKE, DAVIR & Co.)

ان اول مكتشف الادرنالين هو الدكتور تاكامين وكان ذلك بمعامل بارك ودفيز الكيماوية سنة ١٩٠٠ ولا تزال طريقة تحضيره الاصلية متبعة للان وذلك من الغدد أعلى الكلى الصالحة . فانا موصي حضرات الاطباء باستعمال سائل الادرنالين وحقن الادرنالين صنع معاملنا لثقتنا فى تأثيرها . ولقد برهنت التجارب العديدة على ان سائل الادرنالين الطبيعي صنعنا لا يتأثر ولا يتحلل بالغلي كما هو حال الادرنالين الصناعي

﴿ هيموبلاستين * قاطع للنزيف وقابض ﴾

(تحضير معامل بارك ودفيز الكيماويه)

HEMOPLASTIN (PARKE DAVIS & Co.)

ان الهيموبلستين المحضر في معامل بارك ودفيز الكيماوية يحتوى على كل العناصر التى بها يتجمد الدم ولذا صار احسن واسرع قاطع للنزيف وخصوصاً ان حقن به المريض قبل اجراء عملية جراحية له . وتستعمل الهيمبلاستين حقناً في الشرايين والعضلات تحت الجلد بمقدار سنتيمترين مكعبين كل اربع او ست ساعات حتى ينقطع النزيف . يباع الهيموبلاستين داخل زجاجات سعة سنتيمترين مكعبين

العدد الاول | يناير سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية
لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات
المقالات: ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة: ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال المهنة فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page .	20	15
1/3 de page .	12	10
1/4 de page .	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulat on. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبيـة المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الأول　　　يناير سنة ١٩٢٤　　　السنة السابعة

الوخز التشريحى والجراحى والوقاية منه

محاضرة الدكتور ظيفل باشا حسن

الطبيب ساعد المروءة وعضدها والجراح رسول الرحمة الآلهية للناس وهما جميعاً صوت الانسانية الذى تخفت بجانبه أصوات الاوجاع والآلام . الا أن حياتهما مكتنفة بالخطر وعرضة لاغتيال جراثيم الامراض الفتاكة الواقفة لهما بالمرصاد والتى اذا نشبت بهما اظافرها استبدت بحياتهما وحرمت الامة جليل أعمالهما

وهما والجراثيم اعداء الداءُ فالطبيب يحتالُ لايقاعها والجراحُ يهاجمها فى مكمنها فهى اذا نظرت الى الاول بعين المحارب الماكر، نظرت الى الثانى بعين القاتل الغادر، لذا تتربص بهما الدوائر وتنتهز الفرص ويساعدها على الايقاع بهما عوامل شتى تضنى جسمها وتضعفُ قواهما فكثيراً ما يحولُ الواجب بينهما وبين مضاجع الراحة

وكثيراً ما يستنفد المجهود الكبيرُ منهما جهد طاقتهما هذا الى الانفعالات النفسية التى يضطربون لها فتهدم كثيراً من بنائهما فاذا تأثر الطبيبُ والجراحُ (وهما لا بد متأثران بتلك العوامل المتقدمة) وجدت الجراثيم فيهما مرعى خصيباً

وليس الجندى الذى يحاربُ اعداءه الماثلين أمامه باكثر تعرضا للخطر من الطبيب الذى يحارب اعداءه المستترين المحيطين به من جميع جهاته اذ ليس من يحارب عدواً ماثلا كمن يحاربُ عدواً كامناً لا يعلم مكانه ولا يرى خطرهُ وقد استشهد فى تلك الساحة ساحة المروءة والانسانية بتأثير تلك الجراثيم الغادرة كثيرٌ من اخواننا الافاضل كالنطاسى على لبيب وضيائى والشيتى وعبد المجيد خليل قصفت حياتهم تلك الجراثيم على غرة فذهبوا ضحية المروءة والواجب وحرمت أمتنا كبير فضاهم وجليل أثرهم كل هذا دعانى الى أن أبحث عن أهم الطرق الواقية من هذه الآفة الخطرة سائلا الله أن يسدد خطانا ويوفقنا فيما اليه طلبنا إنه ولى التوفيق آمين

الحياة حرب مستمرة بين الجسم والاجسام المرضية الخارجية وتلك الاجسام هى حيوانات صغيرة جداً لا تنظر الا بالميكروسكوب وتسمى الميكروبات وتوجد عادة بكثرة على سطح الجلد وفى التجاويف والقنوات الطبيعية ومن الحظ أن الخلايا البشرية جعلها الخالق عز وجل حائلا متيناً يمنع دخولها فى الجسم فان البشرة تقذفها للخارج بتقلص طبقتها القرنية والخلايا البشرية للغشاء المخاطى لا تسمح بدخول هذه الميكروبات ولكن أقل تشقق يكون سبباً فى فتح القنوات الليمفاوية أو الاوعية الدموية ويكون سبباً فى تعفن خطر متى دخل العنصر المرضى فى الانسجة بالذباب أو الناموس أو البرغوث الذى ينسب اليه الطاعون فالاستفلكوك الذى يوجد عادة على الجلد يدخل فى المنسوج الخلوى فالكرات البيضاء بخاصيتها الدفاعية تحيط ببعض الجراثيم وتحصرها وتهضمها ولكن نظراً لكثرة هذه الميكروبات فانها تنتشر فى الدم وعند انتهاء المرض بالشفاء تكون هذه الكرات التى كانت كسلى ولم تؤد وظيفتها تماما قد اعتادت المقاومة حينذاك وتكون سبباً فى تلف الميكروب وتوكسينه ففى هذا الدفاع انتصار الكرات البيضاء وانتصارها هو الحياة وخذلانها هو الموت

اذن وظيفة الـكرات البيضاء سهلة المعرفة فالاستاذ Mechinkoff أظهر أن لارف الاسكارابيه يقاوم الحقن بميكروب الجمره الخبيثة Charbon مع أنه يموت حالا عقب الحقن بميكروب الـكوليره فاذا بحثوا السائل الدموى لهذا اللارف Blasma يجدونه ميكروب الجمرة الخبيثة يحاط حالا بالـكرات البيضاء وتهضمه بخلاف ميكروب الـكوليره فان هذه الـكرات غير قادرة عليه لتكاثره بسرعة زائدة فى الدم ومنه يحصل الموت كذلك Macrophage المـكروفاش للحمام تجده لم يتأثر بميكروب السل الرئوى للانسان لان هذه الـكرات تحيط به بمجرد دخوله فى البنية وتحصره وتهضمه كذلك المـكروفاش الموجودة فى بريتون الـكوباى عند ما تصير متنبهة بحقنهـا أولا بالـكلويد فاجوجين Calloides Phagogenes التى هى عبارة عن كرات صغيرة جـداً متكهربة حبيبية ميكروسكوبية متلاصقة متمتعة بحركات كهربائية سريعة فانها تذيب باسيل الدرن — ولـكن بعض هذه الميكروبات تقاوم تأثير هذه الـكرات فمثلا الاستربتكوك الذى حقن للـكوباى فانه يفرز مادة أشبه بدرقة جلاتينيه تحميه ضـد تأثير الافراز التخمرى أو ferment (Anti- toxine) كذلك الجربوع Gerbille وهو حيوان فى أفريكا عند حقنه بباسيل درن الانسان فان هذا الباسيل يحفظ نفسه داخل مناطق كلسية Zones Calcaires دائرية وفى وسطها يعيش ويصير محمياً من تأثير الـكرات البيضاء وعند سنوح الفرصة يخرج ويفعل تأثيره المرضى

كذلك أميبا الدوسنطاريا فانها تتكيس وتختفى وتقاوم تأثير الادويه الفعالة مدة طويلة فقد شاهدوا أنها بعد ١٥ سنة أحدثت فى الجسم خراجات كبدية

الـكرات البيضاء لا تحمى الجسم فقط من تأثير الميكروبات بل من تأثير بعض السموم المعدنية أيضاً . فمثلا الـكوباى يقاوم بحقن البريتون بمسحوق ثالث كبريتور الزرنيخ الذى هو جوهر سام ولونه برتقالى فالـكرات البيضاء

تحيط بجزئيات هذا الملح وتجعله ملحاً قابلا للذوبان وغير سام وتخرجه للخارج بالسبل الطبيعية ولكن اذا حقنا فى بريتون هذا الحيوان كمية من الكرمن Carmin قبلها باربعة وعشرين ساعة فالكرات البيضاء المتجمعة حول هذا المسحوق تصير عديمة الحركة وتنشل وتصير غير قابلة للدفاع ولا يمكنها أن تمتص اجزاء هذا الملح الزرنيخى فيدخل فى البنية ويموت الحيوان بالتسمم بالزرنيخ فهذه الخاصية تحصل أيضاً مع الميكروب فالكرات البيضاء لبريتون الكوباى تحيط بسرعة زائدة بالاستربتكوك التقيحى وتهضمه فاذا حقنا لهذا الحيوان كمية عظيمة من زرع هذا الميكروب فبعض هذه الميكروبات ينجح فى أن يهرب من الحاجز المكون من الكرات البيضاء Phagocytes وتصير غير قادرة على التغلب على هذا الميكروب الذى بازدياده ونموه السريع ووجوده فى الدم يقتل الحيوان

وهذه النظرية توجد أيضاً فى التقيحات المزمنة المستمرة وهى كسل وعدم قدرة الكرات البيضاء على اتلاف كل الميكروبات وهضمها فالمرضى المصابون بهذه التقيحات المزمنة يوجد عندهم أربعون الف كرة بيضاء متعددة النواة التى هى أكثر شدة وأكثر حركة فى مقاومة الميكروبات فهذه الميكروفاش التى تعبت وتلفت بتأثير التوكسين المتفرز كل يوم وباستمرار تصير غير قادرة على المقاومة والمصاب ينتهى بالانتهاء المحزن . اذن الميكروفاش هى الكرات البيضاء التى تمتص وتهضم البكترى الجمرية وميكروب التقيح وميكروب الحمى التيفودية أعنى ميكروبات جميع الامراض العفنة الحارة بخلاف الميكروفاش Macrophages فانه يحيط بميكروب الدرن والجذام والسرطان بدون أن تقتله أعنى أن هذه الكرات الاخيرة لها خاصية مقاومة الامراض العفنة المزمنة فقط كالسرطان والدرن لأن الاصل التخمرى (Anti-toxine) الذى يتفرز منها غير قادر على هضم هذه الميكروبات الخاصة بالامراض المزمنة بخلاف

الميكرفاش Microphages ووظيفتها خاصة بابادة ميكروبات الامراض العفنة الحادة كما أظهر ذلك .Michinkoff

يوجد نوعان من الوقاية ضد الامراض. وقاية طبيعية وهى تتصف بنشاط الكرات البيضاء وبالهضم السريع لهذه الميكروبات المرضية وأما عدم الوقاية وقبول المرض فهو نتيجة عدم نشاط هذه الكرات وعدم تأدية وظيفتها فالميكروبات الخاصة بالجمرة الخبيثة عند الخروف والثور لا تتأثر بالكرات البيضاء فالميكروب ينتشر فى الدم والحيوان يموت من تكاثره وبالعكس القط والفراخ والضفادع فان ميكروبات أمراض هذه الحيوانات فى أغلب الاحيان غنيمة لكراتها البيضاء وبهذه الكيفية تقى أنفسها شر هذه الميكروبات و Roux و Yersin أوريا أن الفأر والارنب يتحملان جيداً كميات عظيمة جداً من زرع الديفتيريا جميعه أو مرشحه وان الاول الذى يتحمل بالحقن تحت الجلد كمية من التوكسين الديفتيرى قادر على أن يقتل جملة فيران بخلاف لوحقن من هذا السم كمية صغيرة جداً داخل الجمجمة فانه يحدث شللا عمومياً يعقبه الوفاة وقال Roux ان هذه الحيوانات لم تمت بالحقن تحت الجلد فى المرة الاولى لان هذه السموم(التوكسين)لم تصل للمخ لانها منعت من الوصول اليه بواسطة الكرات البيضاء Phagocites

فكما أننا نذكر المشاهدات الخاصة بالوقاية من الميكروبات بتأثير الكرات البيضاء فان الامر كذلك ضد السموم النباتية فالماعز لا تتأثر بالبلادوناوالارانب التى هى حساسة جداً من الاستركنين تتحمل كميات عظيمة جداً من الاتروبين والافيون فكلميت Calmette أورى انه يمكن حقن الارانب بمقدار عظيم جداً من الاتروبين كـ ٢٠ سنتى جرام من غير أن تموت مع أن هذا المقدار كاف لان يقتل اربعين ٤٠ شخصاً وذلك لان الوقاية ضد التسمم بالاتروبين سهلة المعرفة فانه يفصد هذا الارنب فى صباح اليوم التالى من الوريد الأذنى الذى

حقن له فيه ٢٠ سنتى جرام من الاتروبين و بفصل الكرات البيضاء بالتركيز واذابتها فى الماء المقطر نجد فيها أغلب كمية الاتروبين المحقونة التى اذا حقنا بها القط الذى هو حساس جداً بالاتروبين فانها تحدث فيه الموت حالا فالارانب تقاوم التأثير السمى للاتروبين لان كراتها البيضاء فيها خاصية حفظ الاتروبين بسرعة زائدة أما اذا حقنا مباشرة فى المخ كمية قليلة جداً من هذا الجوهر فان الحيوان يموت حالا وهذه الخاصية تنطبق أيضاً على مقاومة الفأر لميكروب الدفتيريا وسمه. اذن يمكن القول بأن الوقاية الطبيعية ضد الميكروبات وسمومها (التوكسين) والسموم المعدنية والنباتية تتعلق بتأثير فعل الكرات البيضاء وانها تمتص السموم القابلة للذوبان فى داخلها pratoplasma مثل الاسفنج ولا يمكنها الانتشار خارج الخلايا وتتلفها ببطء وتخرجها للخارج وأما المواد التى تقاوم هذا الفعل فانها تخرج للخارج بواسطة السبل الطبيعية فامتصاص الميكروفاش للسموم الذائبة وقتل الميكروبات هذا هو الوقاية الطبيعية وأما عدم امتصاصها وقتلها فهذا هو قبول المرض

الوقاية الطبيعية تشاهد عند كل حيوان بالنسبة لبعض السموم الفعالة والميكروبات فالماعز المتوحش لا يتأثر بميكرب الدرن والبلادونا . والعصفور لا يتأثر بميكروب الجمرة الخبيثة والسقاوة والكلب .

ولكن خاصية الامراض تختلف كثيراً بالنسبة للحيوانات المختلفة ففى النوع الانسانى يوجد كثير من الاشخاص لا يتأثرون بميكروب الدرن خصوصاً الاشخاص البيض وأما السودانيون فيتأثرون بسهولة به فى البلاد الباردة مع انهم لا يصابون بالحمى الصفراوية Fievre jaune التى تصيب بالخصوص الافرنج وفى أفريقيا الغربية لا يتأثرون بالملاريا ولكنهم يصابون بمرض النوم وتشاهد فى كثير من الاحوال وقاية طبيعية عند الانسان ضد القرمزية والجدرى والحمى التيفودية وأيضاً ضد الملاريا لأنه عند اصابة بلدة بالجدرى أو الحصبة

أو القرمزيه أو الحمى التيفودية فأغلب الاطفال تصاب والبعض الآخر لا يصاب مع أنهم موجودون فى وسط واحـد واختلاط تام فهؤلاء الاطفال الذين لم يصابوا عندهم وقاية طبيعية ضد هذه الامراض العفنة

ويوجد نوع آخر من المقاومة أو الوقاية يقال له الوقاية المكـتسبة وهى معروفة من قديم الزمان فانه أول مثل للوقاية المكـتسبة شاهدوه فى الوقاية من الجدرى . فاذا اصيب به طفل اصابة خفيفة فهى تقيه شر اصابة خطرة وكذلك بالنسبة للحصبة والحمى التيفودية وكذلك الدمامل فالاصابة بها تقى الشخص من الاصابة بالاستفلـكوك فى بعض الاحيان وأيضاً الحمرة المتكررة فان الاصابة بها أول مرة تقى الشخص من اصابة خطرة

أما الوقاية المكـتسبة ضد السموم المعدنية والنباتية فانها تشاهد عنـد بعض الحيوانات التى تتعود شيئاً فشيئاً بالصناعة على تعاطى مواد سامة بمقدار عظيم وهى معروفة من قديم الزمان فالملك Mitridate كان يعود نفسه من مدة مديدة بالتدريج على سموم مختلفة ولذا سميت هذه الطريقة Mitriditation وذلك لوقاية نفسه من وضع السم فى الجسم والجبليون الموجودون فى استيرى يعودون أنفسهم من مدة مديدة على تعاطى كبريتور الزرنيخ والافريقيون يحقنون أنفسهم بسم الثعبان بتشريط الجلد ويضعون على محـل التشريط عجينة مكونة من سم الثعبان وبعض النباتات وكذلك التلقيح ضد الالتهاب الرئوى فالسنجاليين كانوا يحقنون بعصير الرئة المصابة بالالتهاب الرئوى (بعد وفاة المصاب به) فى جذر ذنب الحيوان السليم لوقايته من هذه الآفة وهذه الطريقة كانت مستعملة فى فرنسا لغاية القرن الثامن عشر XVIII وكذلك عمل الجدرى الصناعى كان موجوداً من قـديم الزمان فى الصين والعجم وسيام وبلاد الشركس فكانوا يستعملون تشريط احدى طاقتى الانف من الباطن ويجعلون الفتيات الصغيرات التى كن يبعن باسم رقيق أبيض تستنشق

قشور الجدرى الجميد فبعد سبعة أيام يتكون عندهن بثرات صغيرة داخل الانف وذلك لحفظ جمالهن

اذاً طرق الوقاية المكتسبة ليست جديدة العهد بل معلومة من قديم الزمان وبهذه المناسبة أذكر أيضاً الاختراع الحديث لباستور للحقن ضد الكلب فانه معلوم من قديم الزمان كطريقة للوقاية من الجدرى فانه عند وجودى باسيوط سنة ١٨٩١ أفرنكيه حكيما للمركز كنت معيناً لامتحان الحلاقين الصحيين فسألت أحد هؤلاء الحلاقين وكان من عرب مركز أبنوب عما يفعله اذا اصيب أحد فى بلده بعضة كلب فأجابنى بانه يقتل الكلب ويأخذ نخاعه بعد فتح السلسلة العظمية ويكوّن من نخاعه عجينة يهرسها ليكون منها شبه مرهم يحفظ داخل حق من الصفيح وكلما يصاب انسان بداء الكلب يدهن جسمه جميعه بهذا المرهم وقد سألته سؤالا آخر بأى كيفية يمكنك أن تعرف الكلب المصاب فقال انه بعد قتله نجد فى معدته شعراً من عض نفسه ويكون جسمه ضئيلا ومعدته خالية بالكلية من المواد الغذائية والسوائل

هذا وبعد دخول هذه الميكروبات وسمها ووصولها للدم تتولد فى الكرات البيضاء خاصية عدم تأثير التوكسين المتفرز من هذه الميكروبات لمقاومته قبل أن يصل للمراكز العصبية ويتلفها وذلك بافراز خميرة تخمرية ferment (Anti toxine) وعلى هذا فالحقن ضد التيتنوس يلزم أن يفعل قبل أن يصل السم المرضى للمراكز العصبية للانسان لأنه عند وصول هذا التوكسين للخلايا العصبية تتلف وتصير غير قادرة على تأدية وظيفتها وذلك هو السبب فى أن الحقن ضد التيتنوس لا يفيد الا قبل الاصابة

اذاً الوقاية من الميكروب تتعلق وتتناسب مع نشاط الكرات البيضاء وفصل الاصل التخمرى من الكرات ووجوده فى الدورة وتأثيره فى الميكروب وقتله وتعادل الاصل السمى له وهذه الخاصية لا توجد طبيعة فى المصل الدموى

الا عند بعض الحيوانات ويتكون فى داخل الكرات البيضاء وينسكب فى الدم وهو الاصل التخمرى (Anti toxine) الذى لا يتكون الا وقت الدفاع بمجرد ما يحصل أى تأثير خارجى فى الدم

الوقاية المكتسبة لا تدخل تحت أى قاعدة ثابتة فان الاصابة بلاستر بتكوك تحصل فى ازمنة مختلفة وقد تكون الاصابة الاخيرة اخطر من الاولى فالوقاية ضد الاستفيلكوك يمكن حصولها عند الاشخاص المصابين بالدمامل فى كل وقت ولكنها تكون وقتية وخفيفة وبهرنج أورى أن مصل الحيوانات المحقونة ضد أحد الميكروبات يجعلها مستعدة لان تقتل هذا الميكروب ولكنها لا تقى نفسها من شره والوقاية من الميكروب لا تسبب الوقاية من التوكسين ووجد بهرنج بعد تجاربه العديدة أن التحضيرات المصلية ضد السم هى انجع بكثير من التحضيرات التى تكون ضد الميكروب وهو الان الدواء الشافى لاغلب الامراض الخطرة والتى كانت تنتهى بالموت من تأثير التوكسين ومضاعفاته العديدة وعلى هذه النظرية قد ظهر عدم فائدة الحقن بالفاكسين Vaccin ضد السيلان والالتهاب الرئوى والاستفيلكوك والجمره الخبيثه والكوليره والطاعون فان قيمته العلاجية الشفائية ضعيفة جداً وليس له تأثير ناجح ولا يؤثر الا عند ابتداء المرض شرطا أن يكون الحقن بمقدار عظيم ولكن بعض الحقن يحدث عوارض تسمى بالعوارض المصلية التسممية Accidents-toxiqus وبهرنج استنتج من ابحاثه العديدة أنه حضر فى سنة ١٨٩٣ مصلا ضد الديفتريا Serum وهو الدواء الشافى الاكثر تأثيرا فى جميع الامراض العفنة التى كانت غالبا تنتهى بالموت من تأثير التوكسين مثل الديفتريا والتيتنوس الذى يثبت على الخلايا العصبية ويحدث هذه التشنجات المرضية التيتنوسيه والشلل الديفترى . فحقن الدم بالمصل المضاد للتسمم المرضى يجعل فيه خاصية امتصاص هذا السم قبل وصوله للخلايا العصبية ويمنع تأثيره فمثلا فى التيتنوس

يلزم الحقن بهذا المصل قبل حصوله لوقاية الشخص قبل الاصابة لان وجود التوكسين على الخلايا العصبية يتلفها وتصير غير قادرة على تأدية وظيفتها فى المستقبل ولذا فان مصل التيتنوس يكون واقيا اكثر مما يكون شافيا وقد اعتادت الاطباء والجراحون الآن أن يحقنوا به عند حصول أى جرح أو كسر مضاعف عند أى شخص كان للوقاية من المرض

علمنا مما تقدم أن وظيفة الكرات البيضاء والمتنوعة الاشكال والنواة مهما اختلفت فى شكلها وحجمها وكثرة نواياتها أو قلتها فهى تختلف على حسب درجة تنبيهها و نشاطها وشللها واستمرار مقاومتها للميكروب وسمه ومقاومة البنية واستعدادها له ونوع الميكروب وتأثيره المضر واصابة الجسم باصابات ومضاعفات سابقة مرضية كالبول السكرى والزلالى والتأثيرات العصبية التى تحدث ضعف المقاومة كالانفعالات النفسية والغضب Emotion والانحطاط العصبى Surmenage لان هذه الاضطرابات العصبية تكوّن فى البنية كثيراً من السموم التى تقلل المقاومة الطبعية للجسم وفى هذه الحالة تكون البنية intoxiquée وليست infectee لان الحالة الاولى توجد فى الامراض المزمنة والحالة الثانية تكون خاصة بالامراض الحادة وكذلك سلامة وعدم سلامة السبل الطبيعية المخرجة للسم المرضى وتلفه كامراض الكبد والكلى والغدة فوقها وكذلك سلامة الغدد الاخرى ذات الوظيفة الداخلية التى لم يعلم للآن وظيفتها جيداً كالغدة الدرقية والتيموسية

سبق قلنا أن انتصار الكرات البيضاء على الميكروبات هو الحياة وخذلانها هو الموت وقلنا أن المقاومة الطبيعية هى نتيجة نشاط هذه الكرات والهضم السريع لهذه الميكروبات وتلف توكسينها وقلنا أن الوقاية الطبيعية تشاهد عند الانسان ضد بعض الامراض وقلنا أيضاً أن فقد المقاومة هو نتيجة كل الكرات وعدم تأدية وظيفتها فى مقاومة الامراض العفنة الحادة والمزمنة ولكن عند

استكشاف المصل المضاد للسم المرضى فتح باب جديد عظيم للمشتغلين بهذه الطريقة فأستكشف باستور المصل ضد الكلب وبهرنج ضد الديفتريا وقد بينا أيضا أن هذه الادوية Serum هى انجح من الفاكسين Vaccin

أذن لو دخل أحد الميكروبات او جملة منها فى آن واحد بالجسم عقب وخز تشريحى أو جراحى فما الذى يحصل فى هذه الحالة

من المعلوم أن هذه الجراثيم تدخل فى الدورة اما من الاوعية الليمفاوية أو الدموية أو الاثنين معا فدخولها بالاوعية الليمفاوية يكون اقل خطرا واقل سرعة لمقابلة عقدة أو جملة عقد تؤخر سيرها عما اذا اتجهت مباشرة للدورة الدموية. فالعرض الاولى لهذا التعفن هوالقشعريرةالشديدة والحمى القتالةالناتجة عن دخول وتكاثر الميكروب وحصول الالتهابات اللنفاوية الوريديه فالجراح أو الطبيب لا ينتظر ذلك بل بمجرد الشعور بالوخز سواء كانت العمليه نظيفة أو ميكروبية أو وخزاً تشريحيا أو جراحيا أو سواء كان لا بسا قفازا (الدوان) اولا يترك حالا العملية ويأمر احد الموجودين معه فى العملية أن يربط ربطا شديدا قاعدة الاصبع الذى حصلت فيه الاصابة الوخزية بواسطة انبوبة من الصمغ المرن الرفيع ويغسلة جيدا بالكؤول النقى وصبغة اليود ثم يشرط تشريطا جيدا ويوضع الذراع جميعه فى حمام ساخن ليساعد على خروج كمية من الدم من محل التشريط أو على رأى بعض الجراحين يفعل كيا غائرا محل الوخز بالترموكوثير لتلف الميكروب الذى لم يزل جزء منه بالجرح وتترك اليد متدلية للاسفل لبطء سريان الدورة وحصول احتقان ركودى بالطرف المصاب كما يحصل فى طريقة Bier فينحصر الاصل العفن بقدر الامكان فى موضع الاصابة لان الحمام الساخن يمنع انتشار الميكروب وتكاثره ويضعف قوة السم الميكروبى لانه بتمدد الاوعية وزيادة توارد الكرات البيضاء يزداد قوة تأثيرها ضد الميكروب بخروجهامن الاوعية والاحاطة به وقتل أغلبه قبل دخوله

للدورة ثم يلزم الاحتراس من وضع الرباط الضاغط مدة مستطيلة خوفا من وقوع العضو فى الغنغرينة ولو أن الدكتور Bier يوصى بوضع الرباط ٢٣ ساعة ورفعه ساعة واحدة ولـكن ذلك يختلف على حسب استعداد الشخص وشدة الضغط أو قلته وبعد رفع الرباط وعمل الحمام الساخن يوضع على الجرح غيار معقم ويعلق على الصدر من غير حركة

ثانياً يلزم تنبيه الـكرات البيضاء لتؤدى وظيفتها الدفاعية باحاطتها للميكروب وتلفه وهضمه ومنعه من الوصول للمراكز العصبية وذلك بالحقن تحت الجلد أو فى الاوردة بـ Collaides phagogines فبعد الحقن تتنبه الـكرات البيضاء كما دلت على ذلك تجارب Michinkoff . ويمكن الحقن أيضاً حقنا فى الاوردة كل هذه Lantol و Electrargol Mucléinate de Soude الحقن متمتعة بخاصية كهربائية تساعد على نشاط وحركة الـكرات البيضاء ولو أن هذه الحقن لا يوجد فيها الخاصية الواقية ضد الميكروب وسمه بل تحدث نشاطاً فى حركة الـكرات وهذا النشاط الليكوسيتى والخلوى الذى حصل عقب الحقن هو نتيجة الجزئيات العديدة الصغيرة جداً الميكروسكوبية المتكهربة الموجودة بالغدة والتى تنتشر فى الدم وتنقيه من الميكروب وسمه وبعد نشاط الـكرات يحقن الجسم ثانياً بالمركبات ضد الميكروب الذى دخل الجسم من الوخز التشريحى أو الجرحى الذى لا يعرف طبيعته ولا نوعه ولذا فان المعلم Sapéte عمل أنابيب للحقن تحتوى على مجموع الميكروبات التى تصيب عادة الجسم فى مثل هذه الاحوال وهى تسمى Vaccinsapéte التى هى عبارة عن أنابيب تحتوى على الاستربتكوك والانتركوك والبنوموكوك التى يحقن منها فى الاوعية من حقنة الى اثنين فى أول الاصابة وكذلك بعض الجراحين يوصون بالحقن بالميكولزين للدكتور دويان Mycoalisine ee Doyen حقنا تحت الجلد أو فى الاوعية قبل فعل العملية الجراحية الخطرة بأن يحقن من ١٠

الى ٢٠ سنتى متر مكعب تحت الجلد أو الاوعية وهذا الجوهر أظهر فوائد عظيمة جداً فى أحوال السبتسمى الناتجة عن الوخز التشريحى أو الجراحى وهذا الجوهر استعملته لاحد اخوانى الاطباء من الباطن عقب اصابته بوخز تشريحى من تشريح جثة توفيت بحمرة غنغرينية فى الزراع ومن حظه أنه شفى تماما بعد أن وصل لحالة اليأس ويمكن استعمال هذه الحقن أيضاً فى جميع مضاعفات البول السكرى العفنة وفى الالتهابات الالينفاوية الغنغرينية والحمره والالتهابات الشعبية الرئوية العفنة ويشاهد أيضاً تأثيره فى المضاعات الـكلوية العفنة ولو حقن فى الاوردة يكون تأثيره سريعاً ويمكن عمل حقنة كل ست ساعات مرة لغاية الشفاء التام وحيث أن أغلب الاطباء بعد اصابتهم بأى وخز تشريحى أو جراحى يقطعون الامل من حياتهم لتأثير عصبى يقع عليهم فهذا التأثير يحدث ضعفاً فى المجموع العصبى ويجعلهم غير قادرين على المقاومة ضد الميكروب فبعد الحقن بهذا الجوهر يحسون بنشاط فى جسمهم وهذا يفسر أن هذا الجوهر Collaides phagogines أحدث تنبيهاً فى الـكرات البيضاء ومن هذا التنبيه تنفرز بسرعة المواد الغير قابلة للتمثيل التى وجودها فى البنية يكون سبباً فى حصول التسممات العمومية ويحدث أيضاً تنبيه هذه الـكرات تجديد الخلايا والانسجة التى تعبت بفعل الميكروب وسمه وترجعها لوظيفتها الاصلية الحيوية لان هذه الـكرات تجد حياتها الفسيولوجيه تجديداً مستمراً مثل الـكرات الحمراء الدم فلو صارت ضعيفة وكسلى عن تأدية وظيفتها فانها تجدد فى الحال بخلايا جديدة حديثة التكوين آتية من نخاع العظام وبهذه الـكيفية تكون دائماً الموازنة موجودة فى الدفاع ضد التسممات ومنها تحفظ حياة الانسان

قلنا أن الـكرات البيضاء تحيط بالميكروب وتتلفه وكذلك سمه وتمنعه من الوصول للدورة العمومية فهل يكون حصول هذا دائماً

من الاسف اذا وجد ميكروب كالاستربتكوك بكمية عظيمة جداً فانه

بلا شك يهرب من الحاجز المكون من الكرات فتصير غير قادرة عليه فبازدياده ونموه السريع ووجوده فى الدم يقتل الحيوان وهذه الطريقة تشاهد فى التقيحات المزمنة المستمرة وهى كسل وعدم قدرة الكرات على تلف كل الميكروبات وهضمها فالمرضى المصابون بهذه الحالة كراتهم البيضاء تكون قد تعبت بتأثير التوكسين المنفرز كل يوم وباستمرار والمصاب ينتهى بالانتهاء المحزن

اذن هل كل طبيب أو جراح يصاب بالوخز التشريحى أو الجراحى تحصل اصابته بالحالة العفنة التسممية التى اعراضها القشعريرة والحمى الشديدة والخطرفة والاحتقانات الحشوية العمومية العفنة كالاحتقانات الكبدية واليرقان العفن والالتهاب الكلوى العفن والتسمم البولى العفن والالتهابات الرئوية العفنة هذه هى نتيجة الحالة العفنة التى تنتهى اما بالموت واما الشفاء بتكون خراجات متعددة بالجسم وهو غالباً الانتها الحميد لهذه الآفة وهذا ما يقال له تقيح الدم Pyohemie وأما الانتهاء المحزن فهو نتيجة تسمم الدم Sebticemie الذى يعقبه وقوف القلب

فى كثير من الاحوال يصاب الجراحون والاطباء وانا منهم باصابات تشريحية أو جراحية ولم يحصل شىء من هذه الامراض السابقة ولم يشعر بها الطبيب أو الجراح لانه يلزم لقبول المرض الاستعداد الشخصى واستعداد البنية لقبوله باصاباتها بأمراض تجعلها متشبعة بالميكروب المتكون من نفس البنية Auto — infection والذى يساعد على ذلك ضعف الانسجة وعدم مقاومتها كما يوجد فى البول السكرى والزلالى ففى الحقيقة أن الحالة العفنة آتية من البنية Organisme infectieuse

لان الجسم الانسانى يحمل دائما الميكروب بكمية عظيمة وبانواع مختلفة وما دام سليما ولم يكن مصاباً بأمراض مطلقاً فانه يكون غير صالح لنموه ومحفوظاً من شره ولكن اذا حصل اضطراب فى البنية أو تأثير برد أو أى

سبب آخر كالانفعالات النفسية أو الانحطاط العصبى Surmenage المصاب به أغلب الاطباء والذى هو أحد الاسباب التى تضعف الجسم وتحدث اضطراباً فى الوظائف الفسيولوجية له فالوسط الذى كان غير صالح لنموه يصير صالحاً له والبنية المضطربة تتعرض بدون شك للتأثير المضر لهذه الميكروبات التى كان يتحملها من قبل بدون ضرر . مثلا من المعلوم أن ميكروب الالتهاب الرئوى (بنموكوك) موجود عادة فى الفم والبلعوم على حالة سبروفيت فاذا دخل الرئة عند أشخاص فى حالة الصحة فتأثيره المرضى يبطل بتنبيه ونشاط الكرات البيضاء للرئة وبالعكس اذا اصيب هذا الشخص باضطراب فى جسمه (كتأثير البرد) فانه يحدث ضعف الجسم واذذاك يحصل الالتهاب الرئوى بنمو الميكروب لان البرد يؤثر فى البنية ويحدث فيها اضطرابا يجعلها مستعدة لقبول الحالة العفنة

سبق قلنا أن شكل دخول الميكروب اما الجهاز الدموى أو الالينفاوى أو الاثنان معاً فوصول الميكروب بالجهاز الالينفاوى يكون بطيئاً وأقل خطراً نظراً لوجود جملة عقد لينفاوية فى طريقه تعوقه عن الوصول بسهولة للدورة العمومية بخلاف الداخل بالجهاز الدموى فانه لا يعوقه فى طريقه شىء ويكون أخطر من الأول لأن الميكروب فى الحالة الأولى ربما صادف فى طريقه عقدة لينفاوية ملتهبة التهاباً مؤقتا فيحدث فيها التقيح وتصير الاصابة موضعية كما حصل عندى فاننى أصبت بوخز تشريحى عند ما كنت طبيباً لمركز أسيوط عند تشريح جثة وكنت فى ذاك الوقت شابا قوياً خالياً من كل شائبة مرضية وبالمصادفة أو من السعد كان عندى عقدة لينفاوية ملتهبة التهاباً مزمناً فى الجزء السفلى الانسى للقصد فالتهبت هذه العقدة وتقيحت ونفذت بجلدى من هذا العدو الغدار بعد فتحها فاذا لم يقابل هذا الميكروب شيئاً فى طريقه فانه ينتشر فى الدورة ويحدث اما Pyohemie أو Septicemie أو الاثنين معاً كما ذكرنا ذلك

فالطبيب فى هذه الحالة وظيفته مساعدة البنية كما ساعدنا الكرات البيضاء على المقاومة فمساعدة البنية هى لأجل خروج هـذه السموم للخارج لتقليل ضررها على القلب والكلى والكبد والغدة التى فوقها وجميع الاعضاء الرئيسية للحياة وذلك بالوسائط المتنوعة والأدوية المقوية والمقللة لتأثير هذه السموم على المراكز العصبية التى متى انشلت أحدثت الانتهاء المحزن فلأجل تنبيه الكبد يعطى كل يوم فى الصباح مقدار ملعقة بن من مسحوق مكون من ٥٠ جرام سلفات الصودا و ٥٠ جرام بى كربونات الصودا وفى المساء ١٠ نقط من صبغة البولدو Boldo وحقنة من الماء المغلى البارد يضاف اليهـا عشرة أقراص من Lacteol وثلاثة قطع من السكر هذا لأجل تنبيه وظيفة الكبد لتطهير الامعاء من سمومها

وتنبيه الكلى بواسطة المشروبات القلوية المعدنية Nittel وأرترى سيل Artri-sel بكمية عظيمة واستعمال غسيل الدم بالحقن تحت الجلد بالمحلول الجليكوزى كل يوم لترين على أربع مرات فى مواضع مختلفة من الجسم أو استعمال هذه المحاليل بجهاز مورفى Morphy لدخول هذه المحاليل فى المستقيم تدريجياً واستعمال المعالجة اللبنية وتعطى بمقادير صغيرة متكررة كباية كل ساعتين وبذلك يقل تأثير السم المرضى لأن كل الخطر هو شلل القلب الناتج عن تخزين التوكسين فى البنية وتأثيره على المراكز العصبية القلبية وحدوث asystolie وأيضاً يستعمل مقويات القلب كديجتالين ناتيفيل ست نقط كل يوم لمدة ثلاثة أيام والاوبايين Oubaine بمقدار عشر نقط كل يوم لمدة عشرة أيام ويستعمل Orargol كمنبه للدفاع الليكوسيتى بأن يحقن من ٥ الى ١٠ جرام فى الوريد ويحقن ١٠ جرام منه فى ٥٠٠ جرام ماء جليكوزى بنسبة ٧٥ جرام فى الالف ويكون حقن هذا المحلول تحت الجلد ويكون دافئا حرارته كحرارة الجسم وقت الحقن ويمكن اضافة

١٠ نقط من الديجتالين على هذا المحلول فيكون مدراً للبول ومقويا للقلب ويزيد فى وظيفة الكرات البيضاء

ويستعمل أيضاً الحقن فى الاوردة من محلول الايزول Eusol المكون من ١٣٥ جرام من محلول كلودور الكالسيوم يذاب فى لتر من الماء المقطر ويضاف عليه ١٠ جرام من حمض البوريك ويرج جيداً ويعقم ويحقن منه فى الاوردة كل أربع ساعات ٢٥٠ جرام

ومن ضمن مقويات القلب الحقن على التوالى كل ساعتين من الكافيين والاستركنين والادرنالين الذى يستعمل فى جميع الاحوال الموجود فيها قلة الضغط الدموى الناتج عن اضطراب وتغير فى وظيفة الغدة فوق الكلى والتى وظيفتها مهمة جداً فى جميع الامراض العفنة وعلى سلامتها يتعلق الانذار لأنه شاهد François و Gerard و Lesine من باريس أن جميع أحوال الحمى التيفودية والقرمزية والحمرة والديفتيريا وأمراض عفنة أخرى انتهت بالوفاة وبعمل الصفة التشريحية وجدت الغدة فوق الكلى مصابة ولم تؤد وظيفتها والتى أعراضها هى الضعف والانحطاط وقلة الضغط والقىء والاسهال والموت السريع وعلى رأى الدكتور Sergent أن أعراض الصدمة الجراحية نتيجة عدم أداء الغدة فوق الكلى وظيفتها لأن وظيفة الغدة فوق الكلى تعادل أو تتلف المواد السمية المتكونة من التفاعلات الكيماوية وبالخصوص المواد السمية (Taxique) الناتجة عن الشغل العضلى

اذن بمجرد ما يرى الطبيب قلة الضغط وهبوط القوى أو الاحسن قبل حصول هذه الاعراض أن يستمر على الحقن بالادرنالين ليعوض هذا النقص فى وظيفة الغدة ومن المعلوم أيضاً أن استعمال الكميات الصغيرة من الادرنالين بطريقة مستمرة ومتباعدة يحدث عند الانسان زيادة فى الكرات البيضاء وهذه النظرية لها أهمية عظيمة جداً فى الدفاع عن الجسم خصوصاً لو حقن مع الادرنالين

المعادن المتكهربة metaux colloïdaux eclēctriques التى منها Mycolysine Doyen أو Orargol حقناً تحت الجلد أو فى الاوعية

كذلك من ضمن مقويات القلب الاسبرتين والايتير وزيت الكافور فهذه هى الادوية المقوية للقلب والادوية الواقية له من وقوعه فى الاسيستولى أما زيت الكافور فوظيفته ليست فقط تقوية القلب والمجموع العصبى بل وظيفته أيضاً انه مضاد للعفونة فالمسيو Boudet من طولوز سنة ١٩١١ يستعمل من مدة الحقن تحت الجلد بزيت الكافور بمقدار عظيم فى الامراض الخطرة كالصدمة الجراحية أو التعفن الجراحى . اذاً المقادير الصغيرة من ٣٠ الى ٦٠ سنتيجرام حقناً تحت الجلد ينتفع بها لتقوية وتنبيه القلب واذا أريد استعماله بمقدار عظيم فيكون على حسب رأى Boudet كمضاد للعفونة anti toxique فهذا الدكتور يحقن فى هذه الاحوال الأخيرة صباحاً ومساءاً ٣٠ جرام من المحلول فى جملة أيام متوالية كثمانية أيام اذا دعت الحالة ويصل الى أن يحقن فى ٢٤ ساعة ١٠٠ جرام (مائة جرام) أعنى كل ساعة أربعة جرامات تقريباً وذلك فى الاحوال الخطرة infection grave أو التسممات العمومية septicemie أو الالتهاب البريتونى المتقدم وها هى تذكرة المسيو Boudet كافور مغسول بالايكول ١٠٠ جرام زيت زيتون ٩٠٠ جرام فيرشح بعد ذوبان الكافور ثم يوضع فى الناقوس المفرغ لوضعه فى أنابيب من ١٠ الى ٢٠ جراماً وتوضع فى المبخرة فمسيو بوديه تحصل بهذه الطريقة على نتائج مدهشة جداً عند أشخاص فى حالة تعفن شديد حتى فى أحوال مقطوع منها الامل وتحمل المريض للكافور غريب جداً لأنه يمر فى الدورة ويخرج من الرئة بسرعة والمسيو Patry باترى استعمل فى سنة ١٩١٢ المقدار العظيم لزيت الكافور لمرضاه المصابين بالالتهاب الرئوى الخطر العفن بمقدار ٥ الى ٢٠ جرام فى الاربعة وعشرين ساعة وتركيبه كالآتى كافور ١٠٠ جرام ايتير ١٠٠ جرام زيت زيتون كمية كافية للحصول

على لتر فيحصل بهذه الكيفية على سائل سهل الحقن تحت الجلد وفيه الخاصية المضادة للتشنج للكافور والمنبهة للاتير

هذا من جهة التوكسين وخروجه من الجسم ومقويات القلب لتقاوم تأثيره وأما من جهة الميكروب المفرز لهذه السموم فتلفه يكون بالحقن تحت الجلد أو فى الاوعية بالانتى سيروم ani — serum أو auto — serum وذلك بأن يفعل فقاعة عظيمة بالصناعة عند المريض بعد تطهير الجلد فهذه الفقاعة تكون ممتلئة بسائل مصلى يحتوى على السم الميكروبى الذى أحدث الاصابة فيحقن هذا المصل تحت الجلد أو الاوعية فيكون قاتلا الميكروب وهذا ما يقال له auto — serum ويوجد طريقة أخرى وهى جمع الميكروب فى نقطة واحدة بعيداً عن النقط الرئيسية للبنية بعمل خراجات صناعية وهذه الطريقة يقال لها الخراجات بالتثبيت abcés parfixation فهذه الخراجات تكون سبباً فى جمع أغلب الميكروب وخروجه للخارج وهذه النظرية شوهدت بالتجربة وهو أن جميع التعفنات العمومية التى تنتهى بتكوين خراجات فى الجسم (پيوهيمى) يكون انتهاؤها حميداً جداً ولذا فان مخترع هذه النظرية نشرها للانتفاع بها

وكذلك يمكن استعمال السوائل المصلية الاخرى ضد الميكروب وسمه كالمصل ضد الاستربتكوك والمصل ضد البنموكوك وكذلك Vaccin sapéte السابق شرحه

سبق نبهنا الكرات البيضاء وهى العضو المدافع عن الجسم بالحقن السابقة ونبهنا القلب والاجهزة الرئيسية للجسم كالكبد والكلى لخروج التوكسين وتعادله لعدم تأثيره على القلب وحدوث شلله وقتلنا الميكروب المفرز لهذه السموم القتالة فهل بعد ذلك يكون الطبيب أو الجراح واثقا بحسن النتيجة التى تحفظ حياته و بذلك لا يوجد خطر الموت فليعلم جميعنا أن الله وحده هو الباقى جل جلاله لانه توجد جملة عوامل تؤثر فى حصول عدم المقاومة عند بعض المرضى

كالانفعالات النفسية Emotion والانحطاط العصبى surmenage المصاب بهما أغلب الاطباء : ومن ضمن أسباب عدم المقاومة أيضاً ما يقال له anaphylaxie معناه ضد المقاومة Contrairc de lepratection

وذلك بتكون مادة جديدة يقال لها substance sansibilatrae وهذه المادة متمتعة بخاصية عظيمة جداً ضد الدفاع وتكون سبباً فى عدم المقاومة أو عدم الوقاية وهى تسمى أيضاً بالمادة المتوسطة interme diaire لأنها تكون حائلة بين الميكروب وتوكسينه والمادة الخميرية للكرات البيضاء التى وظيفتها وقاية الجسم من تأثير الميكروب وسمه وبذا تحصل الوفاة وهذه المادة هى الانتى توكسين اذن توجد عوامل كثيرة تجعل الميكروب يتسلطن على الجسم ويميته مهما عملنا من الاحتياطات والوسائط العلاجية وهذا يدل على قدرة الله عز وجل فالله يحفظنا ويقينا شر هذا العدو الغادر آمين اللهم آمين فهو يفعل ما يريد واليه المآل ؟

محاضرة على الانسولين Insulin

وفائدته فى الطب

القيت أمام الفرع الفسيولوجى للجمعية البريطانية فى ليفربول

فى ١٧ سبتمبر سنة ١٩٢٣

ألقاها الاستاذ ماكليد استاذ الفسيولوجيا بجامعه ترنتو

By J. J. R. Macleod F. R. S. M. B. CH. G Aberd.

ترجمها عن لانست ٢٢ سبتمبر سنة ١٩٢٣

الدكتور محمد مبارك

تلعب المواد المركبة من الفحم والماء — الكربوهيدرات Carbohydrates دورا هاما فى التحولات الكيماوية الضرورية للحياة فى الجسم الحيوانى .

وتتخذ هذه المواد غالبا عند آكلى الاعشاب من السليولوز والنشاء التى يركبها النبات أما فى آكلى اللحوم فتتخذ من المادة المماثلة للنشاء التى تسمى جليكوجن glycogen حيث تحفظ فى انسجة الجسم بهذا الشكل وأيضاً من المواد الآزوتيه Proteins وبنسبة أقل أيضاً من المواد الدهنية حيث تتحول من هذه المواد بتفاعلات كيماوية داخل الجسم الى هذه المادة النشوية. ويتحول النشاءوالسليولوز الذى يؤخذ فى الغذاء بعملية الهضم الى سكريات أولية Monosaccharides التى أهمها الجلوكوز ويمتص الجلوكوز بواسطة شعريات الدم الى الدم وبواسطته ينقل الى الكبد والعضلات حيث يتحول اغلبه الى جليكوجن glycogen وفى الفترة بين مرات امتصاص الجلوكوز يتحول الجليكوجن ثانية بطريقة عكسية الى جلوكوز حيث يتحول فى الانسجة ونهاية تحوله هى الماء وثانى اوكسيد الكربون وقد يستعمل الجلوكوز الممتص مباشرة من الامعاء من عملية الهضم للتأكسد ولكن لسنا متأكدين من ذلك وعلى كل حال تتحول ذرة Molecule الجلوكوز بالضرورة جملة تحولات ابتدائية قبل تأكسدها فى الانسجة وغالبا تتحول هذه خطوة خطوة بشكل ينتج منه جملة مواد متوسطة وكل واحدة منها توجد فى توازن ديناميكى Dynamic Equilibrium خاص بالنسبة لغيرها بحيث يحدث أقل زيادة أو نقص فى أحدها تغيرات تمتد فى العملية جميعها

تحولات الكربوهيدرات carbohydrate metabolism ودراسة هذه التغيرات هو مايقصد من معرفة موضوع تحولات الكربوهيدرات ونحن نتساءل كيف تبحث ؟ فالجلوكوز والجليكوجن هما المادتان المتوسطتان اللتان تتجمعان فى الجسم بكميات كافية بحيث يمكن قياسهما كيماويا فالجلوكوز يذوب فى الدم وفى سوائل الجسم الاخرى وأما الجليكوجن فيرسب فى الانسجة الصلبة وخصوصا فى الكبد والعضلات . واستنتاجاتنا كلها فى تحولات الكربوهيدرات نأخذها غالبا من ملاحظاتنا على التغيرات التى تنشأ فى كميات هاتين المادتين فى الدم والبول والانسجة ومن تكييف عملية التنفس فى الحيوان جملة

ولـكن تحولات الـكربوهيدرات لا تعمل وحدها ففى سلسلة العمليات التى تسبق التأكد النهائى للجلوكوز تتكون جملة مواد هى أيضاً متوسطة فى تحولات المواد الغذائيه المماثلة وهى المواد الدهنية والآزوتية . ومن هذه المواد المتوسطة يجوز أن تتحول بعض مواد مماثلة الى شبيهاتها وعلى ذلك يمكن أن ينتج من الآزوت مواد كربوهيدراتية ومواد دهنية من مواد كربوهيدراتية ومواد دهنية من مواد كربوهيدراتية . فعملية التحول فى هذه الثلاثه مواد المتقاربة متداخلة وعلى ذلك اذا حصل ما قد يغير واحدة أثناء تحولها قد يغير الأخرى كذلك . فاذا اختل تحول الـكربوهيدرات مثلا اختلت كذلك تحولات الدهن ونشأ عن ذلك تراكم جملة مواد غير كاملة التأكسد تسمى بالـكيتون « Ketones » فتؤثر كسميات

كسر فى عملية التحول

ويظهر جلياً من هذه الحقائق أن أى مانع يحدث ليمنع تحويل أحد المواد المتوسطة فى عملية تحويل الـكربوهيدرات الى الآخر قد يقلب عملية التحويل فى الجسم جميعها رأساً على عقب وهذا ما يحصل بالتأكيد فى مرض البول السكرى — الديابيط — ففى احدى عمليات التحويل التى تسبق تأكسد الجلوكوز نهائياً يحصل تأخير فى احدى التغيرات الـكيماوية الضرورية فلا تجارى العمليات الاخرى فينتج من ذلك تجمع السكر فى الدم وتكون درجة تركيزه شديدة حتى تفرز كمية منه فى البول من الـكلى . فزيادة سكر الدم وافراز السكر فى البول وهما العلامتان الضروريتان فى الديابيط تفسران بهذا الشكل وقد يمضى وقت من غير أن تظهر أعراض غيرهما . ولـكن الغلطة التى تسببهما تزيد غالباً حتى يمتد أثرها فى سلسلة العمليات التحولية وعلى ذلك لا تتم عملية تأكسيد الجلوكوز نهائياً كما يدل على ذلك سقوط العامل التنفسي

« Respiratory Quotient » — نسبة الاكسجين الى ثانى أوكسيد الكربون فى الهواء المتنفس — الذى يرتفع كالواجب بعد تعاطى المواد الكربوهيدراتية وكذلك المواد الدهنية يختل نظام تحو يلها فلا تتأكسد كلية فتنشأ عن ذلك أعراض سيئة تسمى كوما الديابيط « Diabetic Coma » وذلك بسبب سمية المواد الكيتونية وبهذا يختل نظام معمل الحياة الكيماوية فتتحلل الانسجة ويحصل الهزال الشديد وقلة مقاومة الجسم الطبيعية ضد العدوى وكلاهما عرض من اعراض المرض

ويظهر من ذلك جلياً أن معرفة الغلطة فى العملية الكيماوية التى تتحضر بها ذرة الجلوكوز للتأكسد هى معرفة السبب المباشر للديابيط وليس ذلك فى معرفة الدرجة المضبوطة التى تحصل عندها الغلطة وان كان ذلك مهماً للدرجة القصوى ولكنه فى معرفة الخلل الذى نشأ فى التحويل الذى تنضبط به عملية التحويل

ولقد كان من نتائج البحث أكلينيكيا السنين الطويلة فى المعمل ان علمنا بان كثيراً من العمليات الكيماوية فى الجسم تضبط بمواد تسمى الضوابط أو الهرمون « Hormones » وظن كذلك أن عملية تحويل المواد الكربوهيدراتية تضبط بواحد من هذه . وكان المهم معرفة الهرمون ضد الديابيط anti Diabetic Hormones كما قد نسميه وكان هو ما اكتشف باستكشاف الانسيولين

عدم النجاح الاولى فى عدم معرفة الهرمون ضد الديابيط

تمتد الخطوات التى اعقبها هذا الاستكشاف الى سنوات عديدة مضت وربما لم يكن فى تاريخ الاستكشافات الطبية فصل يدل على حسن نتيجة المجهود المستمر والبحث المتأنى الاكلينيكى وليس فى المعمل مثل مادل عليه تدوين هذه الخطوات ولقد توج البحث الاول باكتشاف فون مهرنج « Von Mehring »

ومنكوسكى «Minkowski» سنة ١٨٨٩ أنه اذا استئصل البنكرياس أو حلويات البطن من الكلاب ينتج من ذلك ديابيط شديد تموت منه فى أسبوعين أو ثلاثة ووضع بعد الرأى القائل بان الهرمون ضد الديابيط يفرز بالبنكرياس للدم — افرازاً داخلياً — ولقد تقرر بعدها بزمن قليل أن هذا الافراز لا علاقة له بالافراز الخارجى الهاضم القوى الذى يصب فى الامعاء لأن الديابيط لا ينتج من ربط قناة البنكرياس ولما كان لاعلاقة بين هذا الافراز الخارجى وبين الهرمون ضد الديابيط فقد ظن أن كل واحد منهما يفرز بجزء خاص من الغدة وفى الواقع قد أظهر بحث لنجرهان « Langerhans » الذى سبق بحث فون مهرنج ومنكوسكى بعشرين سنة أن البنكرياس يحتوى على جزائر مكونة من خلايا خاصة مدفونة فى النسيج الذى يتخلل الانابيب ومجموعات الخلايا Acini التى تفرز الافراز الخارجى ولقد أثبتت الابحاث التشريحية وخصوصاً التى عملها ديامير « Diamare » ولاجوس « Laguesse » أن جزائر لنجرهان التى سميت كذلك موجودة فى كل الحيوانات الفقرية وان كانت توجد فى بعضها منفصلة عن البنكرياس فى المساريقا كما فى بعض الاسماك العظيمة وليس لها ارتباط بالبنكرياس وكان للخلايا التى تكون هذه الجزائر شكل ميكرسكوبى خاص ولما تقدم هذا البحث تشريحياً أمكن للبثولوجيين أن يروا تغييراً فى هذه الخلايا فى المرضى الذين بالديابيط تحت الميكر سكوب . وقوى الظن فى أن هذه الجزائر هى التى تفرز الافراز الذى يتسلط على تحويل الكربوهيدرات حتى سماه شيفر Sir E. S , Shafer بالانسيولين ولكنه الى ذلك الحين لم يتحقق الرأى مباشرة فى أن البنكرياس هو الذى يفرز الانسيولين فى الدم فيقبض بذلك على تحويل الكربوهيدرات . ولكن هذا يمكن تحقيقه تماما بواسطة حقن خلاصة من البنكرياس أو الجزائر الخاصة فى الاسماك ذات العظم فى الكلاب التى استئصل منها البنكرياس أو فى المرضى بالديابيط حيث

تزول الاعراض . والمحاولات التى عملت لاستخلاص هذه الخلاصات بالطرق العادية لم تنجح حتى قرر بعض الباحثين أن ضبط النبكرياس لتحويل الكربوهيدرات لا يحتاج لافراز الانسيولين ولكنه يعجل بمكانيكا أخرى خاصة وعزى آخرون عدم النجاح فى استخلاص هذا الافراز الى افساده فى طريقة التحضير بواسطة العصارات الهاضمة التى تحتويها خلاصات البنكرياس . ولأجل منع اختلاط هذه العصارات قد استعمل زكلزر « Zuclzer » واسكوت « E. L. scott » الكحول كسائل الخلاصة . وقد أنتجت هذه الطريقة بعض النجاح فى المعمل وأكلينيكيا لما استعملت الخلاصات حقناً تحت الجلد لا أخذاً بالفم لأسباب مشابهة ولكن لم يستمر البحث الذى عمل فى سنة ١٩٠٨ طويلا حتى يسوغ استعمال تلك الخلاصات فى علاج الديابيط وانقطع استعمالها لما كان يعقبه من النتائج الخطرة السامة باعطائه للانسان وقبل ذلك بسنوات — ١٩٠٤ — جرب رنى « Rennee » فريزر « Farser » أخذ خلاصات من الجزائر الخاصة للاسماك العظيمة التى تشابه جزر لنجرهان فى بنكرياس الحيوانات ذات الثدى . ولما كان البحث الحالى يثبت أن هذه الجزر فى الاسماك أغنى ما يحتوى على أنسيولين فانه من البديهى أن هذين الباحثين قد قربا جداً من الحقيقة والنجاح ولكنهما لم ينجحا فى اقناع غيرهما لأنهما لم يملكا وسائل المقاس التى نشأت أخيراً لقياس السكر المئينى فى الدم ولأنهما كانا يستعملان الخلاصات الطازة غالباً بطريق الفم لا بطريق الحقن تحت الجلد

التجارب على الحيوانات

يئس كثير من الاطباء بعد عدم النجاح المتكرر من استخلاص عصارة من البنكرياس يكون لها فائدة فى ازالة أعراض الديابيط فكان البحث عن الانسيولين بعد مسألة الفسيولوجى ولقد كان من الهام أولا اثبات أن هذا

الهرمون موجود فى الجسم بقطع النظر عن استخلاصه فى عصارات ولقد أثبت هذا كلارك « A. H. Clark » سـنة ١٩٢٦ الذى قارن سرعة استعمال قلب منفصل لحيوان ذى ثدى للسكر لما أبقاه حيـاً بتمرير سائل مغذى فيه فقط قارن هذه السرعة بسرعة استعمال القلب للسكر لما مرر هذا السائل أولا فى أوعية البنكرياس ولقد ثبت بالتأكيد أن استعمال الجلوكوز من السائل الذى مر بالبنكرياس

أولا : أكثر ويدل ذلك على أنه أضيف اليه هرمون يساعد فى استعمال السكر أزيد

ولقد دلت هذه التجربة دلالة تامة على أن البنكرياس يفرز الانسيولين ولم يبق غير معرفة الطريقة التى يمكن بها حفظه سليما فى العصارات المستخلصة من الغدة . ولاجل النجاح فى هذه كان لا بد من ايجاد طريقة هجوم جديدة وقد اقترح هذه الطريقة بانتنج « F. G Banti ng » وطريقته هى استخلاص عصـارات ليس من البنكرياس الطبيعى الطازج كما عمل غيره ولـكن من البنكرياس الذى تحلل نوعاً ما بربط كل قنواته التى توصل الافراز لأنه قد دلت التجارب السابقة أن ربط القناة لا يؤثر على جزر لنجرهان ولـكنه يؤثر فقط على الخلايا التى تفرز العصير الهاضم وبمساعدة بست « C. H. Best » ربط بانتنج قنوات البنكرياس فى الـكلاب وبعد مضى بضع أسابيع استخرج الغدد المتحللة واستخلص منها عصارات ولما حقنت هذه العصارات فى كلاب استؤصل منها البنكرياس فرضت بالديابيط خف جداً العرضان المهمان فى هـذا المرض وهما زيادة السكر فى الدم والبول السكرى . وهذا يدل على أن الهرمون ضد الديابيط يمكن استخراجه من البنكرياس بشرط ألا يتحلل كثيراً بالعصارات الهاضمة.وكانت الخطوة الثانية هى البحث عن طريقة لاستخراج الانسيولين من البنكرياس كما هو من غير أن يتحلل لان استخراجه من الغـد د المتحللة

نوعاً لا يمكن أن يكفى لمعرفة كل خصائصه الفسيولوجية وعلى ذلك لا يمكن معرفة فائدته أكلينيكياً . ولقد جرب بانتنج وبست خلاصة بنكرياس الاجنة فى الشهور الاولى لها لانه من المعلوم أن الخمائر الهاضمة لا تكون موجودة الا قبل الميلاد بقليل ولقد وجد لهذه الخلاصات فائدة كفائدة الخلاصات من البنكرياس المتحلل وجر ذلك الى معاودة تجربة الاستخلاص من البنكرياس الطبيعى غير المتحلل فى الحيوانات . ولقد كانت التجارب أيضاً ناجحة ولم تقتصر النتائج الحسنة على تقليل كمية السكر فى الدم والبول فقط ولكن قد استفادت الحيوانات المريضة بالديابيط فائدة محسوسة فى حالتها العمومية بالحقن المتكرر ولقد عاش واحد منها فوق الشهرين لما قتل للبحث

ولقد كان ينتظر أن تجرب نتائجه على أعراض الديابيط الاخرى فى الحيوانات بمجرد زيادة كمية المتحصلات فزيادة عن عرض زيادة السكر فى البول والبول السكرى لا يوضع الجليكوجن فى الكبد بعد كل الكربوهيدرات وكذلك النسبة بين الاكسجين المأخوذ وحامض الكربونيك المطرود فى التنفس — ما يسمى بالعامل التنفسى — لا تتغير . كذلك تتجمع المواد الدهنية فى الكبد والدم ولما كانت نار المواد الكربوهيدراتية تحرق بانخفاض فلا تتأكسد المواد الدهنية تماماً وتظهر فى البول كمواد كيتونية . وهذه الاعراض غير المحسوسة يوجد معها أعراض محسوسة وهزال شديد وبمساعدة كولب «J. B. collip» الهامة أمكن معرفة أن هذه الاعراض تزول بسرعة بالخلاصة ولقد عرف بعد ذلك أنه اذا أعطى الانسولين يومياً وقللت كمية المواد الدهنية من الغذاء فانه يمكن حفظ حياة الحيوانات المنزوع منها البنكرياس فى حالة جيدة أربعة أشهر على الاقل

التطبيق على الانسان

كان لهذه النتائج فى المعمل معنى واحد هو أن الهرمون ضد الديابيط

قد اكتشف تماماً ولقد جاء الوقت الذى يمكن فيه معرفة ما اذا كانت هـذه الخلاصات تنفع أيضاً فى ازالة أعراض الديابيط من الانسان . ولقد صادفت التجارب الاولى عقبه أن الحقن كان لها تأثير شديد مهيج موضعيـاً بحيث لا يمكن تكرارها حتى نعرف تأثيرها تماماً على كل أعراض الديابيط وان كانت زيادة السكر فى الدم والبول السكرى قلت لدرجة ما . ولقـد وقف التطبيق الاكلينيكى لاكتشاف الانسيولين عند المقدرة على استئصال المواد المهيجة من الخلاصات الكحولية ولقد ذلل هذه الصعوبة كولب بطريقة الترسيب الجزئى بواسطة الكحول ظهر جلياً أن استعمال الخلاصات النقية له تأثير أكلينيكى كما هو فى المعمل وكان ذلك بسرعة ويكفى أن أشرح النتائج التى حصل عليها بانتنج وبست وكولب وكمبـل « Campbell » وفلتشر « Eletcher » فى طفل عمره ١٤ سنة ومريض بالنوع الحاد الذى يكون دائماً فى هذه السن فزيادة السكر فى البول والبول السكرى ووجود المواد الكيتونية فى البول والهزال الشديد كانت كلها أعراض موجودة ولا يمكن بحال ازالتها بأى طريقة غذائية منتظمة ولقد فقد الطفل رغبته فى الحيـاة وكان أغلب وقته طريح الفراش ولم يكن هناك أمل فى بقاء حياته بضع شهور فأعطى حقن الانسيولين مرتين فى اليوم ابتداء من ٢٣ يناير لغاية ٤ فبراير سـنة ١٩٢٣ وسرعان ما اختفت كل الاعراض اللهم الا ظهور جزء صغير من السكر فى البول أحيـاناً وذلك لعدم كفاية الكمية المعطاة من الانسيولين تنبه الولد وزادت حركته وتحسنت حالته العامة وقال أشعر بأننى قوى الآن وكان من الصعب أن يصـدق أن المريض المحتضر بالامس قد صار المتعافى فى دور النقاهة اليوم

الانتاج بالجملة

قد ابتدأنا استخراج كميات كبيرة من الانسيولين بواسطة معامل كنوت انتى توكسين فى جامعة تورنتو Connaught Antitoxin Lab ولكن العقبات

الـكؤودة التى صودفت لم تمكن الا من استخراج كمية لا تكفى الا لعـلاج بعض حالات قليلة فى الشهور الاولى من سـنة ١٩٢٢ ولـكن بعد زمن من السنة نفسها أمكن بالاشتراك مع معامل أخرى فى الولايات وبواسطة المجمع الطبى للابحاث فى هذه البلاد استخراج كميات كبيرة حتى أمكن أرسال عينات لـكثير من المستشفيات للبحث الا كلينيكى وبعد ذلك صارت المعلومات المؤكدة لفائدة الانسيولين فى جميع أنواع الديابيط وأعراضه تترى ولقـد أكدت هذه المعلومات فائدة الانسيولين فى الحالات الحادة التى لا ينفع فيها أى علاج غذائى منتظم

ولقد ظهرت فائدته الـكبرى فى علاج الـكوما — الاغماء — حيث يثير نيران احتراق الـكربوهيدرات فتتخلص الجسم حالا من المواد الـكيتونية التى يتسبب عنها هذا العرض المميت . فيتسبب الانسيولين فى استبقاء حياة كثير من هؤلاء المرضى . وكذلك ينفع فى الحالات التحت حادة التى يتغير شكلها الى حادة خطرة بعدم العناية بالاكل أو بمفاجأة مرض حاد معدى كالانفلوانزا

أما الحالات الخفيفة التى تكون فى السن المتقـدم غالباً فتتعالج جيداً بالعلاج الغذائى وحده ولا تحتاج للأنسيولين ألا اذا ظهرت مضاعفات كالغنغرينا أو مرض آخر حاد مفاجىء ويظهر أن استمرار الحقن بالانسيولين غير ضرورى فى ثلاثة أرباع الحالات تقريباً ولـكن فائدته العظمى تظهر اذا طرأت حالة مستعجلة كأن يعطى مثلا قبل اعطاء المواد المبنجة قبل العمليات بأيام فان الاخطار التى كان يتعرض لها المريض فى مثل هذه الحالات تقل كثيراً ولـكن يلزم ألا يغيب عن الذهن أن اعطاء الانسيولين فى الحالات المزمنة ربما كان ذا فائدة ولقـد يكون مهماً أن أذكر بهـذه المناسبة أن ألن « A. N. Allen » وهو يشتغل فى معملى برهن أن بالوحدة الواحدة تقال كمية السكر من البول نسبة أكبر اذا اعطيت بمقادير قليلة للحيوانات المنزوع منها

البنكرياس عما لو اعطيت بمقادير كبيرة ولقد يكون ذا فائدة اذن اعطاء الانسيولين بكميات قليلة فى الحالات المزمنة التى لا تحسن بالعلاج الغذائى وحده لسبب ما .

طريقة الأعطاء

ينقلنا هذا البحث طبعاً الى طريقة الاعطاء ويجب اعطاء الانسيولين فى الحالات الحادة أما تحت الجلد أو فى الوريد حتى لا يتلف بالعصارات الهاضمة القوية أما فى الحالات الخفيفة فيكفى اعطاؤه من الجلد دلكا بمرهم أو من القناة الهاضمة باعطائه من الفم . وكثيراً ما يسأل هل الانسيولين يشفى المرض وهل اعطاؤه باستمرار برفع ضغط الافراز عن بنكرياس المريض الداخل فيتحسن و يسترد قوته ولا يعطى الانسيولين بعد ؟ وأنا لا يصح لى أن أجاوب سلباً ايجابياً بالتحديد لان ذلك يكون تسرعا حتى لم يمض على اكتشاف الانسيولين وتجربته الا سنة و بعض السنة . ولكنه من المهم أن نذكر أن بنزلى « R. R. Bens ley قد أورى أن بعض الجزائر تتكون من جديد فى بنكرياس بعض حيوانات المعمل شهوراً بعد ربط القنوات فمع أننا نعلم أن الجزائر تشارك مجموعات الخلايا التى تفرز العصارة الهاضمة فى الضمور أولا الا أن تلك تعوض بجزائر جديدة والديابيط مرض يزيد باستمرار وربما كان ذلك من الضغط الافرازى على الجزائر الباقية التى لم تتلف لتكون انسيولينا يكفى لتحويل كل المواد الكربوهيدراتية فى الدم واذا صحح هذا الاختلال التوازنى بين الانسيولين والكربوهيدرات اما بتقليل المواد الكربوهيدراتية فى الغذاء بنظام خاص واما باعطاء الانسيولين من الخارج فربما قل الضغط على الجزائر حتى تسترد قوة التكوين المودعة فيها من جديد

فائدة الانسيولين فى الابحاث التحويلية « Metabolic »

لا يخلو الانسيولين من فائدة كأداة جديدة فى بحث مسائل التحويل فى الجسم لا تقل أهمية عن فائدته فى مرض الديابيط مع العلم بأن هذه الفائدة عظمى فى علاج كثير من الحالات من غير شك وهو يساعد الفسيولوجى على بحث العمليات الكيماوية الكثيرة داخل الجسم المتعلقة بالتحويل بأداة جديدة بمفتاح ربما فتح عدة الابواب من القائمة فى وجه الباحثين لمعرفة عمل الآلة الجسمية ولقد تأسس هذا الاعتقاد على تأثير الانسيولين الظاهر على الحيوانات الصحيحة كما تأسس على أشياء أخرى . فاذا أعطى للارانب مثلا كان أول ما يحدث نقصان كبير فى نسبة سكر الدم ولقد لاحظ ذلك أولا كولب فاذا زاد هذا عن درجته ظهرت أعراض مخصوصة وهذه تتكون من نوبات تشنج قوية تمكث كل واحدة دقيقة أو نحو ذلك . وحالة أغماء يتزايد مع انخفاض فى درجة حرارة الجسم وتنتهى غالباً بالموت من هبوط التنفس وتظهر مثل هذه الاعراض أيضاً فى بعض الحيوانات وفى الانسان بعد حقن مقادير كبيرة من الانسيولين . وسبق ذلك جملة أعراض دالة وهى فى الانسان الجوع الشديد والتلهف والارتعاش وأخيراً زيادة فى النبض والعرق . وبالبحث عن أسباب هذه الاعراض أهتدينا بملاحظات مان « Mann » ، مجات « Magath » المهمة التى عملت قبل سنين وهى أن مثل هذه الاعراض تظهر بعد استئصال الكبد من الكلاب لقلة نسبة السكر فى الدم ويمكن تخفيفها بحقن الجلوكوز . فهل يمكن أن يكون سبب الاعراض التى تظهر بعد حقن الانسيولين مشابها ؟ ولقد عرفنا أن هذا هو السبب فى مدة قصيرة وكان الدليل على ذلك أولا أن هذه الاعراض تظهر فى الحيوانات التى تتغذى كالعادة اذا نقصت نسبة السكر فى دمها عن ٤٥ ٠ ر ٠ ٪ وثانياً أن هذه الاعراض تزول باضافة الجلوكوز الى الدم بسرعة اما بحقنة تحت الجلد واما بمساعدة تحويله من الجليكوجن فى الجسم

بحقن الادرنالين . ولقد عرف بعد أن للجلوكوز من بين أنواع السكر الاخرى التأثير السريع والدائم حتى اللفيولوز والجليكوز وهما أقرب اشباهه لهما تأثير ضعيف وسريع الزوال . فالاعراض اذن سببها نقص نسبة الجلوكوز فى الدم التى تسبب عنها طبعاً نقص فى كمية الجلوكوز فى بعض الانسجة ويمكن تسميتها نقص الجلوكوز« Glucatonia » ولكن لماذا ترافق هذه الاعراض أعراض زيادة التنبيه فى المراكز العصبية التى تحكم العمل العضلى تلك مسألة يعسر تفسيرها . ويظهر أن مادة سمية تتكون وهى لا تتكون فى الحالة الاعتيادية لوجود الجلوكوز أو يظهر أنه لاجل التبادل الكيماوى يجب أن يكون الجلوكوز تحت ضغط مخصوص حتى تتم العمليات الفسيولوجية فى الخلايا وخصوصاً فى الجهاز العصبى وكثير من هذه الاعراض يشبه أعراض قلة الاكسوجين « Anoxæmia » ويساعد على القول بأن عدم التأكسد الخلوى هو السبب فى هذه الاعراض ويعزز هذا الرأى أن الدم الشريانى ينقلب الى وريدى فى اللون اذا ظهرت الاعراض ومهما قيل فى سببها المباشر فان استكشاف علاقتها بقلة نسبة الدم فى السكر « Hypoglycœmia » وامكان اطاعتها باعطاء الجلوكوز برهن كل هذا على أنه مهم من الوجهة العملية. فانها كانت نذير خطر فى علاج الانسيولين للمرضى وكانت علاجا شافياً اذا اظهرت مثل هذه العلامات أثناء العلاج ويمكن أيضاً أن تفسر السبب فى ظهور علامات التسمم ولو جزئياً والتى أوقف الباحثون الاولون مثل زولزر « zuelzer » تجاربهم فى علاج الديابيط فى الانسان بخلاصات البنكرياس من أجلها

واذا كانت هذه الاعراض تظهر فى الحيوانات القوية اذا قارنت نسبة السكر فى الدم ٠٤٥ر٠ ٪ فانها قد لا تلاحظ الا اذا سقطت النسبة عن ذلك بكثير وهذه تكون اذا أعطى مقدار كبير من الانسيولين بعد الغذاء بوقت ولقد أفاد ظهور هذه العلامات اذا كانت نسبة السكر فى الدم ٠٤٥ر٠ ٪ أو حولها فى اتخاذ وحدة الانسيولين وقياسه ولقد اتخذت الوحدة كالمقدار من

الانسيولين الذى يخفض نسبة السكر فى الدم الى ٠٫٠٤٥ ٪ فى مدة ٤ ساعات فى الارانب التى تزن كيلو جرامين وحيث أن هذه النسبة الفسيولوجية كما تسمى زيادة عما يحتاج اليه أحياناً اكلينيكيا فانه قد اتخذت وحدة اكلينيكياً هى ثلث المقدار المتقدم . ومسألة تأثير الانسيولين الفسيولوجى آخذة الآن دوراً هاماً

سبب نقص سكر الدم

ولقد أوضحت هذه الملاحظات الطريق للمسألة الثانية وهى سبب نقص السكر فى الدم ولقد ظهر أولا أن هذه ستحل سريعاً لأن بانتج وبست وكاب يوروا فقط أن الانسيولين يسبب رسوب الجليكوجن فى الكبد اذا أعطى السكر للحيوانات الديابيط ولكنهم اوروا كذلك أن العامل التنفسى يزيد بشكل يدل على ان نسبة كبيرة من المواد الكربوهيدراتية تحترق.ويظهر أن تنشيط العملية نفسها فى الحيوانات الصحيحة تحت تأثير الانسيولين هو السبب فى ازالة الجلوكوز من الدم . ولكن المشاهدات التجريبية أن طريقة العمل معقدة اكثر من ذلك ولا يتكون الجليكوجن بالتأكيد اذا أعطى الانسيولين للحيوانات الصحيحة ، ماكوريك « Me cormick ، ماكليد ، ابوريان O'Brien نوبل E. C. Noble » وعلى العكس تقل كمية درلى Dudly ، ماريان « Marian »

ولم يمكن الاثبات بالتجارب العملية على التنفس أنه يلزم زيادة احتراق الجلوكوز لأجل انقاص كمية السكر فى الدم فيزيد احتراق الاكسوجين كثيراً فى الكلاب قبل حدوث العلامات والعامل التنفسى يزيد قليلا غالباً (دكسن « Dixon » ، أيدى « Èadio » وماكليد ، بمبر « Pember ») ولكن يظهر فى الفيران اختلافات مضادة (ددلى ليدلو « Laidlaw » تريفان Trevan ، بوك « Boock » أما فى الأرانب فان الاختلافات تظهر أولا كما يحصل فى

الـكلاب ثم يعقب ذلك ما يحصل فى الفيران. فالجلوكوز الذى يفقد لا يتأكسد الى ثانى اكسيد الـكربون والماء ولا يتحول الى جلوكوجن كما يظهر والى الآن لم تحل المسألة ولـكن لا يصح أن يغيب عن أذهاننا أن الانسيولين ربما خول الجلوكوز والجليكوجن الى مادة متوسطة لا يمكن معرفتها الآن بطرق تحليلنا حيث لا تعطى تفاعل السكر الذى يمكننا من معرفته وتقديره « reaction Reducing » أو لأنه لايترسب بالـكحول بعد معاملته بالقاعدة القوية وهى الخاصية التى يعرف بها الجليكوجن ووجود مادة متوسطة فى الأنسجة يمكن البرهنة عليه بأنه مهما اعطيت كمية كبيرة من السكر للحيوانات فأنه لا يمكن استخراج الانصفة بتحليل كل أنسجة الجسم

العمل فى الانسجة لا فى الدم

ومهما تـكن الطريقة التى تقل بها كمية السكر من الدم فليس هناك شك أنها تتم فى الانسجة لا فى الدم (أيدى وما كليد) فأضافة الانسيولين الى الدم الخارج عن الجسم المحفوظ الحرارة فى فرن لا يغير سرعة نسبة فقدان السكر منه واذا مررت محلولا ملحياً مناسباً وبه سكر فى قلب منفصل وأضفت اليه الانسيولين فان السكر يفقد منه بنسبة أكبر (هبرن Hebburn) لتشفورد Latchford وحالة نقص السكر فى الدم تبقى مدداً مختلفة فى الحيوانات المختلفة ففى الارانب يبتدئ السكر يزيد ثانية بعد ساعة ولـكن هذا يتوقف على كمية الجليـكوجن المحفوظة فى الـكبد فتحول الجليـكوجن الى جلوكوز ليحل محل المفقود من الدم وتظهر الحيوانات كثيرة التغذية شفاء عاجلا من حالة نقص السكر وكذلك تحمل كميات أكبر من الانسيولين قبل أن تظهر عليها الاعراض بخلاف الحيوانات التى صومت من قبـل ويظهر أن تحريك الـكربوهيدرات المخزون يتم برسائل للـكبد من نظامها العصبى بواسطة حالة

نقص السكر الموجودة لان برن « Burn » قد أورى أنه اذا قطع عمل الوصلة العصبية — الحشوى « Splanchnic » بواسطة تأثير المادة أرجوتنين «Ergotonine» فان الانسيولين يحدث فى الحيوانات ذات التغذية الجيدة حالة شديدة من نقص السكر زيادة عن المعتاد . وأهمية وجود الجليكوجن المحفوظ فى حالة مقاومة نقص السكر من الانسيولين تحذرنا أن نكون منتبهين لعدم اعطائه للمرضى الذين نعرف أن الكمية المحفوظة عندهم قليلة

المسائل الفسيولوجية الاخرى

ولقد بحث كثير من المسائل الفسيولوجية المتعلقة بالانسيولين ولكن الوقت لا يسمح الا بالاشارة الى واحدة منها أو اثنين فقط . الاولى تأثيره على زيادة نسبة السكر فى الدم من غير استئصال البنكرياس من أسباب اخرى كاعطاء الجلوكوز بالفم أو بالحقن — وهذه يمكننا أن نسميها زيادة نسبة السكر فى الدم الخارجية — أما زيادة الجلوكوز من تحويل الجليكوجن الموجود فى الكبد فيسميه — زيادة نسبة السكر فى الدم الداخلية وتحويل الجليكوجن هذا يمكن عمله « بجملة تجارب يمكن تسميتها لأجل التسهيل عصبية واختناقيه « Nervous & Asphyxial » فتحت القسم الأول تقع تجربة خرق أرضية الحويصلة الرابعة فى البصلة وزيادة تنبيه العصب السمبتاوى المتصل بالكبد اما بالكهرباء واما بحقن الأدرنالين «Epinephrin» وتحت القسم الثانى زيادة عن أنواع الاختناق المختلفة يقع تأثير جملة أدوية كالمخدرات « Anœothetics » وعلى حسب المعروف من التجارب الآن يمكن الانسيولين انقاص نسبة السكر فى كل هذه الحالات ولقد اعتنى بملاحظة تأثير الانسيولين على زيادة نسبة السكر بحقن الا بنفرين ذلك لانه ربما أمكن أولا تحديد وحدات الانسيولين بمعرفة الكمية التى تضاد فى التأثير كمية معلومة من الا بنفرين وهذا الاخير يمكن تحديده بالضبط وثانياً لان بحث جهة التضاد بين هذين الافرازين ربما

أبانت لنا كنه تأثير الانسولين نوعا ما وهاك مثالا للبيان فأننا قد لاحظنا أن الانسيولين يقلل تخزين الجليكوجن فى الكبد فهو من هذه الجهة كالابنضرين ولكن نسبة أقل فاذا أعطى الانسيولين فى الابنفرين سوياً . ينصرف الجليكوجن من الكبد بقلة عما لو أعطى الابنفرين وحده ويدل ذلك على أن الهرمون البنكرياس يقلل ولا يزيد انصراف الجليكوجن — نوبل E. C. Noble فاذا زادت كمية هذين الهرمونين فى الجسم فان الواحد يمنع الآخر من زيادة تصريف الجليكوجن . وكذلك قد لاحظ برن « burn » مثل هذه النتيجة الغريبة مع البيتوترين « Pituitrin » الهرمون الذى تفرزه الغدة البيتوترين فانه اذا أعطى مع الابنفرين فانه يمنع زيادة نسبة السكر فى الدم واذا أعطى مع الانسيولين يمنع نقص نسبة السكر فى الدم ولقد ذكرت مثل هذه المسائل لتدل على كثرة تأثير الانسيولين المحير ولأن عمله ربما كان مرتبطاً بالهرمونات الاخرى داخل الجسم

ومن الاشياء المهمة أيضاً تأثير الانسيولين على الديابيط الصناعى الذى يعمل بالدواء فلوروزين Phloridzin فالبول السكرى يحصل بغير زيادة فى سكر الدم ويتعطل تأكسد المواد الكربوهيدراتية لسقوط العامل التنفسى مع زيادة المأخوذ من السكر والآن قد أثبت پاج « S. U. Page » أنه اذا أعطى الانسيولين مع السكر للحيوانات التى هى تحت التأثير التام للفلوروزين فان العامل التنفسى يزيد بالتأكيد وتقل نسبة السكر فى البول ومهما يكن نوع تأثير الانسيولين فانه من المهم معرفة أن نوع تأثير الانسيولين فى ضغط تحويل المواد الكربوهيدراتية فى الديابيط ليس كمثله فى الحيوانات الصحيحة فانه فى الاولى يزيد فى عمل الجليكوجن وزيادة احتراق الجلوكوز أما فى الحالة الثانية فانه يقلل العملية الاولى اذا لم يزد فى تحليل الجليكوجن ولا يزيد ضرورة فى احتراق الجلوكوز وفى حالة عدم وجود انسيولين كاف لضبط تحويل الكربوهيدرات

الفسيولوجى كما فى حالة الديابيط فان الاستعاضة عنه بالحقن تساعد على تحويل المواد المتوسطة التى تراكمت فى الجسم من عدم وجوده بسرعة فالانسيولين يزيت الغدد الواقعة فى تحويل الكربوهيدرات فى الديابيط ويجعلها تجرى بسهولة ثابتة ولكنه يتداخل فى عمل هذه الغدد فى الصحيح الذى توجد منه فيه الكمية الكافية فسيولوجيا

طبيعة الانسيولين الكيماوية

لم يعرف حتى الآن الا قليل من طبيعة الانسيولين الكيماوية فكثير من تفاعلاته تشابه تفاعلات البريتوز وهو محصول أولى من هضم البروتين وهذا الظن يفسر تلفه بسهولة بالخمائر المعدية والبنكرياسية وعدم امكان اعطائه بالفم بنجاح . ففى المستحضرات النقية من بنكرياس الثور كل التفاعلات اللونية الخاصة بالبروتين لا توجد الا تفاعل بيرت « R. Biuret » فهو لايحتوى على فسفور ولا كربوهيدرات ولكن يحتوى على كبريت بنسبة مئوية كبيرة وهذا يدل على أنه نوع منخفض من البروتين وربما كان غير ذلك بالمرة وهو يعد مادة بسيطة جداً يتحد بها بعض البروتين كأوساخ . وبهذه المناسبة يكون من المهم ذكر أنه أمكن استخراج انسيولين فعال جداً من بنكرياس نوع من السمك Skate حيث لم يمكن عمل تفاعل بيرت به أما من حيث ذوبانه الذى يمكن تفريقه به فانه يذوب بكحول درجة ٨٠ ٪ وكذلك يذوب فى الماء ويترسب فى الاحماض الضعيفة جدا وكذلك فى مركزات الاصلاح المتعادلة وكذلك يترسب بحمض البوريك والجاوى ويكون ملحاً مع حمض الهيدركلوريك Hydrochloric . أما طريقة كلب فى استخراجه نقياً ليستعمل أكلينيكياً فتتوقف على استخلاصه من البنكرياس المنقوع المتفتت بكحول خفيف (٦٠ ٪) وتبخير المتحصل الى كمية قليلة فى أناء خال من الهواء وتنقيته من

المواد البروتونية بكحول أقوى (٨٠ ٪) والدهنية اما بالقوة الطاردة من المركز أو بالاتير وبعد ذلك يرسب الانسولين بكحول بدرجة ٩٠ — ٩٢٪ أما درجة النقاوة الثانية فتعمل بالترسيب اما بسائل قاعدى خفيف — طريقة شيفردورازى « Shaffer Doisy N. » واما بحمض البريك - طريقة ددلى « Dudleys N. » وتتحمل درجة حرارة عالية فى الاحماض الخفيفة فمثلا يمكن غليه لمدة ساعة فى هـذا السائل بدون انقطاع ولا تظهر عليه أعراض تلف محسوسة ولـكن فى القلويات الخفيفة تتلفه الحرارة بسرعة ولا يمكن انفصال أجزائه « Dialyse » فى الحوامض الخفيفة مع أنه يمتص بسرعة فى هذه بالفحم النباتى والـكاولين وهـذه الحقائق تثبت أن الانسيولين مادة مركبة كيماوياً بحيث يصعب جداً استخلاصه فى درجة النقاء الـكيماوى أما تكوينه من عناصره فانه غير ممكن الآن

وأخيراً اسمحوا لى أن أذكر كلمة عن أشباه الانسيولين التى استخرجت بطريقة كلب من الخمائر والفنجاى — النباتات الدنيئة Fungi — ومن منابع أخرى . وهذه كلها تقريباً تختلف عن الانسيولين المستخرج من بنكرياس الحيوانات أو من الجزائر الخاصة فى الاسماك العظيمة تختلف عنه فى أنها تخفض نسبة السكر فى الدم ببطء . وقد يتأخر هذا ليوم أو يومين . وعلى ذلك يصح أن يكون تأثيرها ناشئا من تنبيه افراز الانسيولين من البنكرياس وعلى ذلك لا يكون لها فائدة تذكر فى علاج الديابيط

بحث

فى حمض البوليك وحمض الاكسوليك
واختلاف مقدارهما فى حالتى الصحة والمرض

لحضرة عبد الله محمد افندى يوسف
الاجزجي بالاسكندرية

أصل حمض البوليك

كان الاعتقاد السائد فيما مضى أن البولينا هى آخر ما ينتهى اليه احتراق الذرة الزلالية فى جسم الانسان وأن حمض البوليك مادة تتكون فيما بين ذلك وعلى هذا كان المظنون أن كثرة حمض البوليك نتيجة مباشرة لتغذية غير تامة وهذه الكثرة تدل على نقص فى قدرة الجسم على تقسيم الذرة الزلالية وانتهائها لنهايتها الطبيعية وهى البولينا وذلك ما أوضحناه فيما سبق

أما الآن فقد ثبت أن حمض البوليك هو المادة التى ينتهى اليها انعدام ذرة نوايا الخلايا Nucléoalbumine غذائية كانت أو نسيجية ومعنى ذلك أن حمض البوليك من أصل مغاير لما كانوا يعتقدونه قديماً وحينئذ لا نعتبر ما كانوا يسمونه نسبة حمض البوليك للبولينا وينتج أيضاً من كل ماده تحتوى على البيرين وتدخل الجسم مع الغذاء وهذا كله ثابت بابحاث وطرق كيماوية وفسيولوجية وطبيه

أما كيماويا فمعلوم أن مادة نواة الخلايا Nucleoalbumine مادة توجد بكثرة فى السبروتو بلازم . وعلى الاخص فى نواة الخلايا وأن هذه المادة تتحلل بتأثير القلويات المخففة الى زلال واحماض البنوكلينيك وهذه الاخيرة تتحول الى حمض الفسفوريك وحمض اليتميذيك وايدارات الكربون وأصل

اكزانتيكى يقرب تركيبه من حمض البوليك حتى انه ينتج مثله من البيرين وحمض التيمنيك مركب من التيمنين وحمض الفسفوريك

ب — وأما فسيولوجيا فقد شوهد أنه عقب تناول كميات من غدتى البنكرياس والتيموس تزداد كمية حمض البوليك حتى يبلغ ضعف المعدل الطبيعى وذلك لكثرة ما تحتوى عليه هاتان الغدتان من النوايات الخلوية بحكم تركيبها الطبيعى ويصحب ذلك زيادة فى القواعد الاكزنتكية التى توجد فى البول وتكون نسبتها الى حمض البوليك الخمس تقريباً فى الحالة الطبيعية وشوهد كذلك أنه يعقب تناول بعض المواد الغذائية النباتية كالقهوة والشاى والكاكاو زيادة كبيرة فى افراز البيرين البولى وذلك لاحتوائها على التيوبروفين (أى ديمثيل اكزانتين) والكافئين أى تريمثيل اكزانتين أما حمض البوليك فلا يزيد زيادة محسوسة فى هذه الحالة

ج — وأما طبياً فقد شوهدت زيادة كبيرة فى حمض البوليك — والقواعد الاكزانتاية بلغت فى بعض الاحيان ٢٠/٤جم فى الاربع وعشرين ساعة عند المصابين بمرض الليوكوستيميا Leucocythemie

والسبب فى ذلك زيادة الكرات البيضاء فى تطورات هذا المرض زيادة كبيرة فينشأ عن هذا زيادة الانعدام فى هذه الكرات البيضاء اكثر من الحالة الطبيعية

مصدر حمض البوليك

ينتج حمص البوليك من مصدرين

أولا — مصدر داخلى Source endogene وفى هذه الحالة ينتج حمض البوليك فى حالة الصيام اى فى حالة عدم تناوله مواد البيرين الموجودة فى الغذاء وعلى ذلك يكون انتاج حمض البوليك فى هذه الحالة من انعدام الخلايا النسيجية بالجسم

ثانياً — مصدر خارجى Source exogène وفى هذه الحالة يتولد حمض البوليك فى الجسم من البيرين الموجود فى المواد الغذائية بحالة منفردة او متحدة — وعلى ذلك تكون كمية حمض البوليك الموجودة بالجسم متناسبة مع كمية ما يتعاطاه الانسان فى الغذاء من البيرين — كما تتناسب أيضاً مع البول . غير أن هذا التناسب قد لا يكون محفوظاً فى بعض الاحيان والسبب فى ذلك اختلاف حاجة الاجسام الى البيرين وذلك طبعاً يؤثر على كمية حمض البوليك فى البول

متوسط حمض البوليك فى (٢٤ ساعة)

تتغير كمية ما يفرز من حمض البوليك فى شخص واحد تبعاً لتغيراته الحيوية كما يحصل من تغير الغذاء مثلا — وتختلف هذه الكمية كذلك فى شخصين حالتهما الصحية والغذائية واحدة والسبب فى ذلك أن لكل جسم مميزات مخصوصة يختلف معها مقدار ما ينتجه من حمض البوليك الداخلى

(بوريان وشور) Burian et Schur ونرى من ذلك أنه يصعب وضع معدل ثابت لكمية ما يفرزه الجسم من حمض البوليك فى ٢٤ ساعة والافضل جعل هذا المعدل يتراوح بين عددين متباعدين وذلك ما بين ٣٠ و ٨٠ سنتيجرام فى الاربع وعشرين ساعة عند البالغين ولقد وزن (افون و برليوز) (Ivon et Berlioz) كميات حمض البوليك فى أبوال عديدة ووصلا لوضع معدل متوسط فى اربع وعشرين ساعة

مقداره :

٥٩٦ و جم للرجال

٥٥٦ و جم للنساء

وذلك باعتبار أن الوزن المتوسط لجسم البالغ هو ٦٥ ك . ج ويظهر

لنا من ذلك أن ما يفرزه الجسم من حمض البوليك فى البول فى مدة ٢٤ ساعة هو بنسبة ٩ ملليمترات لكل كيلو جرام تقريباً

نسبة حمض البوليك الى البولينا

يفرز جسم الانسان من البولينا ٤٠ ضعفاً لما يفرزه من حمض البوليك وعلى ذلك تكون نسبة كمية حمض البوليك لكمية البولينا هى ١ : ٤٠ وحيث علم أن كلا من البولينا وحمض البوليك ينشأ من مصدر مخالف لما ينشأ عنه الآخر فلا توجد اذن نسبة ثابتة بين الاثنين

كمية حمض البوليك فى حالة الصحة

قد تبلغ كمية حمض البوليك فى البول عند من يتناولون أغذية حيوانية صرفه ٣٠ و ١ جم فى الاربع وعشرين ساعة وتصل الى أقل من ٣٠ وجم فى حالة التغذية بمواد نباتية محضه وتترتب زيادة هذا الحمض كما شاهدنا سابقاً عند ذكر أصل حموض البوليك فى البول على مقدار ما يحتوى عليه الغذاء من أحماض النكليك وقد رأى العلامة (وينتران) (Wientrand) أن كمية حمض البوليك فى مدة ٢٤ ساعة بعد التغذية بغدد تيموس العجل تبلغ ٥٠ / ٢ جم وترجع هذه الكمية لمقدارها الطبيعى اذا عاد الانسان لغذائه العادى أما فى أحوال التغذية بمواد اخرى غير التيموس كالكبد والكلى والمخ فان زيادة حمض البوليك عن المعول الطبيعى تكون أقل مقداراً كما تكون غير ثابتة (لازمة)

واذا أحدثت المواد النباتية نقصاً فى مقدار حمض البوليك فذلك لقلة ما تحتوى عليه هذه المواد من النيوكلين وبالاختصار يمكننا أن نقول أن كمية حمض البوليك الخارجي تزداد بزيادة المواد النيوكليه فى الغذاء

تأثير المجهود العضلى

دلت أبحاث العلامة (بوريان) (Burian) على أن حمض البوليك الداخلى يتكون على الأخص فى العضلات وأن كمية هذا الحمض فى العضلات تزيد فى أحوال المجهود العضلى عن أحوال الراحة . ولم يعرف بعد بأى طريقة يتكون حمض البوليك فى العضلات ولكن حصول زيادة هذا الحمض فى العضلات فى أحوال المجهود العضلى ثابت. كذلك تحصل هذه الزيادة فى أحوال برودة الجسم

تأثير العقاقير

تزيد كمية حمض البوليك بعد تعاطى حمض السلسليك والانتبرين وسيلسيلات الصودا والاستابيلين ويرى بعض المؤلفين أن هذه المواد تسبب زيادة فى عدد الكرات البيضاء فى الدم وتنقص كمية حمض البوليك بعد تعاطى الكنين والاتروبين اللذين يسببان نقصاً فى عدد الكرات البيضاء فى الدم . وكذلك يكون الحال بعد تعاطى أملاح الزرنيخ والحديد وسلفات الصودا ويودور البوتاسيوم واللستين وكلورور الجير

حمض البوليك فى حالة المرض

لما ذكرنا كيفية تكوين حمض البوليك الداخلى وبحثنا أسباب تكوينه بينا أن هذا الحمض يزيد فى كل حالة تنشأ عنها زيادة فى عدد الكرات البيضاء فى الجسم ويتبع ذلك زيادة فى انعدام هذه الكرات البيضاء وعلى هذا شوهد فعلا ان كمية حمض البوليك تزيد فى حالة مرض الليكوسنتيما (Leucocythemie) وقد بلغت كمية حمض البوليك فى الاربع وعشرين ساعة فى هذا المرض ٢٠/٤ جم برتل (Bartels) (Esbstein) و١٠/٥جم وقد أجرى (فليشر وبنذولت Fliescher, Penzoldt) تجربة فى

شخصين أحدهما سليم والثانى مصاب بمرض Leucocythæmic فأعطى كلا منهما غذاء واحداً فوجدا أن كمية حمض البوليك عند السليم كانت ٦٦ و جم وعند المريض ٢٩ و ١ جم وذلك عقب تناولهما الغذاء على أن كمية البولينا فى الاثنين كانت متساوية . وتعزى الزيادة الكبيرة فى انتاج حمض البوليك التى تشاهد فى دور الامتصاص فى أحوال الالتهاب الرئوى العصبى الى مايحصل فى هذا الدور من الانعدام الكبير للكرات البيضاء التى يحولها السائل المرشح فى الرئتين وتستمر زيادة حمض البوليك الكبيرة التى تظهر فى اليوم الثانى من الازمة المرضية من يومين الى أربعة أيام وقد تبلغ ضعفى أو ثلاثة أضعاف ماتبلغه فى وقت الحالة الحمية لهذا المرض . وفى أمراض الطحال والالتهابات والحروق الجلدية المتسعة وكثير من الحميات وعلى الأخص فى ابتداء الحمى التيفودية وأحوال التسمم بالفوسفور وأوكسيد الكربون تزداد كمية حمض البوليك وذلك تبعاً لما يصحب هذه الاحوال من كثرة انعدام الكرات البيضاء فى الجسم المترتب على زيادة عدد هذه الكرات فى تلك الاحوال وتلاحظ كذلك زيادة كمية حمض البوليك فى بعض أمراض مخصوصة للكبد كاليرقان والتسمم والتشنج الكبدى وقد وجد (Baftallowski) أكثر من ٥ جرامات من حمض البوليك فى الاربعة وعشرين ساعة فى حالة سيروز ليفى الكبير

وتظهر زيادة فى حمض البوليك فى أحوال الاينميا الخبيثة والصرع والكوريا والصداع وأهم مما تقدم الدرس الذى قام به بعض المؤلفين لتعليل زيادة حمض البوليك فى بعض حالات الارترتزم وعلى الاخص فى النقرس والرمل الكلوى

ولكن بعض المؤلفين يرى أن افراز حمض البوليك يزيد عند المصابين بالنقرس ويرى آخرون أن افراز حمض البوليك لا يزيد الا فى حالة النوبة بهذا المرض ويكون أكثر فى بدء النوبة وذلك لأن المسبب لهذه النوبة هو امتصاص حمض بوليك متراكم فى الانسجة لسبب انخفاض فى قلوية الدم وان حمض

البوليك يرجع لحالته الاصلية عند ما ترجع قلوية الدم لحالتها الطبيعية ويمكننا أن نستخلص من ذلك طريقة للعلاج تؤدى الى ارجاع الامتصاص المذكور لحمض البوليك المتراكم فى الانسجة ولقد اتجهت الافكار منذ درس ووزن كميات حمض البوليك فى البول بالطرق الدقيقة الى أن هؤلاء المرضى لا يفرزون حمض البوليك بكمية أكثر من غيرهم من الاصحاء

ويعتقد Lambling أن النظرية التى تفسر احتبـاس وتكوين رواسب حمض البوليك فى أنسجة المريض بالنقرس ليست على أساس من الصحة . ويقول أنه من الصعب شرح السبب لترسب حمض البوليك فى الانسـجة اذا راعينا كثرة تكوينه عنـد المريض بالنقرس من جهة — وانخفاض قلوية الدم عنـده من جهة أخرى فان هاتين الحالتين متوفرتان فى المريض بال Leucythemie الذى توجد عنده الحالة الأولى بمقدار (٥ جم) حمض بوليك فى اليوم والحالة الثانيـة وهى الانخفاض فى قلوية الدم واضحة عند هؤلاء المرضى . ومع هذا لا تجد عندهم الاستعداد لتراكم حمض البوليك فى انسجة الجسم ويقول كذلك اننا قد تنورنا كثيراً فى الابحاث الحديثـة التى عملت لبحث هذه المسئلة العويصة التى تضاربت فيها الآراء من جهة تكوين حمض البوليك وتصريفه من الجسم عند المرضى بالنقرس وقد أعطى Vogt ١٧٥ جراماً من غدة التيموس يومياً وباستمرار لمـدة خمسة أيام لـكل من رجلين أحدهما مصاب بمرض النقرس والثانى خال منـه ووجد عقب ذلك زيادة فى افراز حمض البوليك عندهما ولـكن هذه الزيادة تنقص بمقدار ١٠٦ ملليمترات فى المصاب بالنقرس عن الآخر وشاهد Reach نتيجة تماثل هذه النتيجة بان أجرى نفس التجربة بالتغـذية على (١٥٠ جم) من البنكرياس فوجد أن زيادة كمية حمض البوليك المنصرفة من المريض بالنقرس ١١٩ ملليمترات وعند السليم ٣٠٠ ملليمترا غير أنه لاحظ أن هذه الزيادة فى كمية حمض البوليك تنقطع

فى الشخص السليم اذا امتنع من تناول الاطعمة المحتوية على كميات كبيرة من التوكلين ولكنها تستمر عدة أيام عند المريض بالنقرس

ويظهر لنا من كل هذه الابحاث والنظريات أن كمية حمض البوليك المنصرفة من كل من الشخص السليم والشخص المريض بالنقرس متساوية فى حالة ما اذا تناولا غذاء محتوياً على كمية واحدة من البيرين غير أن تكوين هذا الحمض وعلى الأخص انصرافه من الجسم يكون بغير انتظام وببطء فى الرجل المريض بالنقرس بحالة اكثر مما يكون عليها فى الرجل السليم واذا تساءلنا لاى شىء يرجع هذا البطء فى تكوين وانصراف حمض البوليك فى جسم المريض بالنقرس فالجواب على هذا السؤال مبنى على أدلة غير ثابتة منها النظرية القائلة بحصول تغير فى طريقة التخمر الغامضة التى تؤدى الى تكوين حمض البوليك فى التوكلين وكذلك فى البيرين الغذائى ومن هذه النظرية استنتج Blach أن هذا البطء ناتج من التسمم المزمن باملاح الرصاص وبالكؤول على الاخص كما قال Tollah حيث تغير هاتان المادتان الخميرة التى تكون حمض البوليك أو تفقدانها خواصها الفعالة بما لهما من التأثير عليها وذلك يؤدى طبعاً الى تأخير فى تكوين وانصراف هذا الحمض من الجسم ومن المعلوم لنا أن التسمم باملاح الرصاص وبالكؤول مما يسبب النقرس

وهناك نظرية أخرى تعطى أن انحباس حمض البوليك فى دم المصابين بالنقرس ناتج من تقصير كلوى

انحباس حمض البوليك فى حالة عدم الكفاءة الكلوية

الابحاث التى عملت فى السنين الاخيرة فى انحباس حمض البوليك فى الجسم صادفت صعوبات من جهة تقدير كميات هذا الحمض فى الدم ولقد توصل الباحثون لتقدير التغيرات فى كمية حمض البوليك فى البول ولكنهم اليوم مهتمون اكثر لتقدير كمية هذا الحمض المنحبسة فى الدم وذلك فى أحوال

النقرس والالتهابات الـكلوية وكان garrot أول من أظهر ببحثه زيادة حمض البوليك فى النقرس والالتهاب الـكلوى

وقدأظهركل من H. Olivier, V. Jakisch,Klemperer وغيرهم من العلماء ان انحباس حمض البوليك فى أحوال فقـد الدم والحمى المتقطعة والحمى التيفودية وسرطان الـكبير والالتهـاب الرئوى على أن طريقة جاروه لا تعطى الا مقادير تقريبية

وقد توصل ٠ Folin et Denis لايجاد طرق دقيقة لوزن كمية حمض البوليـك فى الدم ويستلزم ذلك أخذ كمية من الدم بين ١٠ و ١٥ سنتيمتر مكعب وتؤخذ هـذه الـكمية من الدم فى الصباح قبل الاكل وتبلغ كمية حمض البوليك فى الدم فى الحالة الطبيعية من ٤ الى ٥ سنتيجرام فى اللتر وقد أشار Folin et Denis, Victor C. Myres الى انحباس حمض البوليك بدرجة كبيرة فى أحوال الالتهاب الـكلوى وشاهدوا أن الـكمية تبلغ ١٠ ٪ الى ١٥ ٪ سنتيجرام فى اللتر وقد تصل الى ٣٧ سنتيجرام فى اللتر وقرر Myers, Fine, Lough أن هذا النقص الـكبير فى كمية حمض البوليك يصحبه دائما نقص فى معدل البولينا المنفرزة من الجسم ويعتبر Denis, Stevens, Hausman أن الزيادة فى انحباس حمض البوليك دليل على تقصير كلوى وأظهر كل من Chauffard,Brodin et Gregaut بأبحاثهم الجديدة فى فرنسا انه كلما كان النقص فى معدل حمض البوليك كبيراً دل ذلك على خطورة الحالة من الالتهاب الـكلوى وأن هـذا النقص فى كمية حمض البوليك يصحبـه عادة احتباس البولينا وان معادلة Ambard تدل لدرجة ما على مقدار عدم الـكفاءة الـكلوية واتفق المؤلفون مع Myers, Pierre Weil على أن النقص الـكبير فى كمية حمض البوليك هو العلامة الاكلينكية الدقيقة لتشخيص التقصـير الـكلوى فى ابتدائه ويؤيد هذه النظرية Myres, Fin et Lough Rathery فيعتبر أن نقص حمض البوليك يكون غالباً مصحوباً بنقص فى كمية البولينا

وان ذلك لا يؤخذ كقاعدة عامة وقد ذكر Upham et Higley أن انحباس حمض البوليك ناتج عن تقصير من الكلى فى وظيفتها التركيزية لهذا الحمض

زيادة حمض البوليك عند المصريين

اكثر ما تتكون منه الرواسب البولية فى بلادنا حمض البوليك وبلورات اكسلات الجير فى حالته المتفردة والمتجمدة ولقد شاهدت فى ابحاثى الكثيرة بنفسى مدة طويلة أن كمية حمض البوليك عند القرويين كثيرة . ولاى شىء تنسب هذه الزيادة الكبيرة التى ترجوا أحياناً على ثلاث جرامات فى بول الاربع وعشرين ساعة مع أن معظم غذاء هؤلاء القرويين من النبات لقد ظهر بالتجربة كما أوضحنا سابقاً أن النتيجة لانعدام نواة الخلايا هى تكوين حمض البوليك داخل الجسم وان مادة نواة الخلايا تزيد فى كل ما من شأنه اكثار عدد الكرات البيضاء فى الجسم وانه يترتب على هذه الكثرة انعدام هذه الكرات البيضاء التى يتكون معظمها من نواة الخلايا ويكثر عدد هذه الكرات البيضاء فى كل حالة تستلزم حصول الدفاع الكروى فى الجسم وهولاء الفلاحون تراهم فى الحقيقة فى حالة دفاع كروى ونسيجى مستمر مسبب فى أغلب الاحوال عن أمراض طفيلية معوية مختلفة كالديدان المعوية بانواعها من الانكلستوما والاسكارس والاكسزدرس الخ . ومن أمراض طفيلية دموية كالملاريا والبلهارسيا مثلا ومما يستصحب هذه الامراض من المضاعفات كالالتهاب الثانى البلهارسى على الخصوص وينشأ عن ذلك تسمم مزدوج بالجسم يصحبه طبعاً دفاع مزدوج أى مجهود مضاعف بالجسم لتكوين الكرات البيضاء السالفة الذكر لتتولى ذلك الدفاع الذى يحصل أولا بافرازاتها المضادة للافرازات السامة لهذه الطفيليات وثانياً بمقدرتها على ابادة هذه الجراثيم — والنتيجة لهذا الجهاد هى تكوين حمض البوليك الداخلى

ويؤيد ذلك ما وجدته مراراً فى بول الاطفال الذين لا يتجاوزون سن العشر سنوات من المقادير الكبيرة من حمض البوليك وطبعاً يتكون حمض البوليك عند هؤلاء الاطفال من أصل داخلى وهذه الحالات لا تشاهد فى اوروبا الا نادرا

وحمض البوليك الداخلى فى أجسام القرويين يسبب الحصوات الكلوية والمثانية بتراكمه حول أجسام غريبة تعتبر نواة لتلك الحصوات وهذه الحصوات تكون فى غالب الاحوال كبيرة الحجم وسنتكلم فى هذا الموضوع فى بحثنا فى نظرية تكوين الحصوات عند القرويين

أصل حمض الاكسليك

يظهر أن لحمض الاكسليك مصدرين

الاول مصدر غذائى. ومعلوم أن كثيراً من النباتات تحتوى على اكسيلات حمضيه . وبتعاطى هذه النباتات يزداد حمض الاكسليك . فتزيد كميته فى البول طبعاً . وهذا الحمض الذى يدخل جسم الانسان مع الغذاء لا يتأثر بالتأكسد كما اثبت ذلك جاليو Galio فقد حقن تحت الجلد بكمية من حمض الاكسليك فوجد هذه الكمية نفسها قد ظهرت فى البول

وفضلا عن ان حمض الاكسليك يدخل الجسم مجهزاً بتعاطى النباتات المحتوية عليه فانه يتولد من انعدام المواد الزلالية والينوكلونية الغذائية كما يتولد من المواد السكرية والنشوية والدهنية غير المتأكسدة تأكسداً تاماً . وتزيد أيضاً احماض الليمونيك والترتريك حمض الاكسليك فى جسم الانسان كما دلت على ذلك تجاريب مولر و كوليكر(Muller et Kolleker) الاكلينيكية فى بعض المرضى الذين عندهم بطىء فى التغذية والتأكسد

الثانى مصدر نسيجى لاغذائى ويعتقد بلدوين Baldwin أن حمض الاكسليك

يدخل جسم الانسان على المواد الغذائية وانه لا يتولد من المواد الزلالية فى حالة الصحة ولكن تجارب H. Salkouski دلت على عدم صحة هذه النظرية كما دلت على أن حمض الاكسليك يزيد فى جسم الانسان بعد تعاطى المواد الزلالية فقد أعطى الكلاب غذاء لحمياً صرفاً وغذاء لحمياً مع الخبز فوجد أن حمض الاكسليك كان فى الحالة الأولى اكثر منه فى الحالة الثانية وقد أدت ابحاث W. Mills الى هذه النتيجة عند الانسان وعند الكلاب . ويرى ابيل Abeles ان اكسلات الجير التى تدخل جسم الانسان مع الغذاء والتى هى املاح غير قابلة للذوبان لا تتأثر وان املاح حمض الاكسليك القلوية القابلة للذوبان تتحول فى الامعاء الى أملاح اكسيلات الجير

كمية حمض الاكسليك المقررة يوميا

كميـة حمض الاكسليك فى البول فى حالة الصحة قليـلة جداً وفى بول الاربع وعشرين ساعة لا تزيد عن ٢٠ ملليجرام وتزيد هذه الكمية عند الاصحاء بعد تعاطى الحميض والفاصوليا الخضراء والطماطم والكاكاو ومنقوع الشاى والبهارات وعلى الاخص الفلفل الاسود كما أوضح ذلك Laper وتزيد حمض الاكسليك أيضاً التغذية باللحوم .

وقد دلت على ذلك تجارب H. Salkouski كما أوضحنا سابقاً والتغذية باللبن فقط هى أقل ما يولد حمض الاكسليك فى جسم الانسان ومما يزيد فى جسم الانسان حمض الاكسليك العقاقير الآتية : — الراوند . الجنطيانة . بيكربونات الصودا . الكوكاكين

كمية حمض الاكسليك فى حالة المرض

أوضحنا أن حمض الاكسليك يزيد بعد تعاطى مواد نباتية محتوية عليه بكثرة ونقول أيضاً زيادة كبيرة عند من فيهم تقصير فى تكوين الكرات

الحمراء Insuffésenc de Hematose كما قال ذلك Cantani ويصحب هذا التقصير فى الكرات الحمراء نقص فى تأكسد المواد الهدريكربوتية كالمواد السكرية والنشوية والدهنية . كما سنبينه فى الكلام على نظرية تكوين الحصوات — وعلى ذلك تكون كثرة حمض الاكسليك دليلا على بطء فى اعاقة ظواهر التغذية عند المصابين بالنقرس الاكسليكى وعند المصابين بالبول السكرى وقال Rouchard أن الاشخاص السمان المصابين بالدسبيسيا الحمضية التى تعيق حركة التأكسد وتمنع انعدام الاحماض العضدية يكثر عندهم حمض الاكسليك كما قلنا سابقاً « يتلى »

مقتطفات طبية

نقلا عن مجلات عديدة طبية

مترجمة بقلم حسن كامل بشبرا

الحبوب وذوبانها فى المعدة

نقلا عن مجلة اجسكريف Agescrift عدد ١٢ يوليه سنة ١٩٢٣

الحبة مثلا المحتوية على الحديد (Reduced iron) اذا كانت لا تذوب فى المعدة فى ظرف ساعة بعد البلع تصبح عديمة الفائدة . وحبوب شراب ايستون (Tablets of Eastonis Squrp) اذا لم تتحلل فى مدة يوم أو يومين على الاكثر فلا تكون عديمة الفائدة فقط بل يكون ضررها بليغا — فلو أعطيت لشخص عنده امساك تحدث تجمعاً فى الامعاء من الاستركنين الذى تحتوى عليه . وقد أجريت عدة تجارب لمعرفة درجة اذابة كل نوع على

حدته فوجد اختلاف عظيم فى هذه الخاصية . وعليه فيجب ملاحظة امكان ذوبان الادوية المعطاة فى شكل حبوب بكل دقة وحذر

علاج الالتهاب المخى النوعى بواسطة الزئبق

(Emcephalitis Le Thargica)

نقلا عن مجلة (Klinsche Wochens chrift) الصادرة فى ٢٥ يونيه سنة ١٩٢٣)

قد أفاد الاسكوبلامين (Scopolamine) والاتروبين فى حالات الالتهابات المخية النوعيـة المصاحبة لتوتر فى العضل (Mus cular rigiatity) وضعف فى قوة الحركة (Motor impairment)

الا أن الفائدة من هذين العلاجين هى فقط وقتية طالما يعطى العلاج ولـكن (E. Billigheimer) أورى الفائدة المؤكدة من استعمال الزئبق بشكل دهان(inunction) ٥ جرام يوميا وفى بعض الحالات كان يعطى حقناً تحت العضل سليسيلات الزيبق . وكانت النتيجة شافية وسريعة . ويقول هذا الثقة أن العلاج بالزئبق يفيد فى الحالات الحادة أو التحت حادة (Subacute) ولـكن فى المزمنة لم تكن مشجعة .

علاج السوريازِ (Psoriasis)

نقلا عن مجلة(Klinsche Wochenschrift) عدد ٦ يوليه سنة ١٩٢٣

كثيراً ما كان اعطاء الزرنيخ من الداخل فى هذا المرض غير شاف وقلل الفائدة . وعند اعطائه يجب ملاحظة ابطاله مدة كافية خوفا من تجمعه بكثرة . على أن (Sachs) بفيينا أوصى باعطاء محاول سليسلات الصودا بنسبة ٢٠ ٪ (من ١٠ الى ٢٠ س . م .) حقنا فى الوريد . ويقال أن هذه الطريقة عرضية فقط أعنى للاعراض وأوصى (Brock) . بتعريض غدة التيمس (Thymus

gland) لأشعة ✕ . أما من حيث العلاج الخارجى فكثيرون يفكرون بفائدة كريزاروبين (Chrysarobin) ولكن (K. Her xheimer) يفضل المحاليل القطرانيه فلقد جرب منها الكثير فى نحو ٥٠٠ حالة واخيراً استنتج فائدة عظيمة من الثلاثة أنواع الآتى بيانها

(١) ليثانترول — (Lithantrol)

(٢) كاربوترين — (Carboterin)

(٣) كاربو نيول — (Carboneol)

الاثنان الاوليان يستعملان فى شكل مرهم بنسبة (١٠ و ٢٠ و ٣٠ أو ٥٠) ٪ ويمكن أيضا استعمالهما فى محلول كؤولى بنسبة ٥ الى ٥٠ فى المائة

والكاربو نيول مفيد فى الحالات المزمنة جداً الا أنه يصبغ المفروشات بخلاف العلاجين الاولين فصبغتهما يمكن ازالتها سريعاً . والكاربو نيول يحسن استعماله كمس الا أنه يجوز استعماله كمرهم أو عجينة (Paste) كذلك يفيد ماء القطران (Pix liquida) وله مفعول مفيد الا أن رائحته كريهة

علاج الكالازار (Kala.azar)

H. E. Short & Ram Taran Sen

نقلا عن مجلة الهند الطبية عدد يوليو سنة ١٩٢٣ ص ٢٨٩

العلاج الذى كان متبعاً فى مستشفى كالازار فى شيلنج (Shilling) عام ١٩٢٢ كان عبارة عن حقن ١٪ من محلول ملح طرطير الانتيمون (Sodium Antimony Tarxaric) فى محلول ملح طبيعى (Normal Saline) وذلك عن طريق الوريد وكانت تعطى الحقن كل ثانى يوم مبتدئين بثلاثة سنتيمترات مكعبة لغاية ٨ س . م . فى كل حقنه والاخيرة غالباً تكون الحقنة السادسة

ولذلك متى وصلنا للمقدار الاخير فقد تظهر علامات تدل على زيادة كمية

الحقنة وانه يتحتم تقليلها أو تركها كلية . وقد ظهر من الحالات التي عولجت أن ٤٨ ٪ منها لم تظهر عليه علامات لوجوب تنقيص كمية الحقنة وفى مثل هذا يجب الاستمرار فى الحقن حتى تظهر علامات الشفاء فيشاهد زيادة الوزن ونقص حجم الطحال وزوال الحمى وتحسين فى حالة الدم وعدم ظهور شيء به عند الفحص الميكرسكوبى والزراعى . ومن ٥٠ حالة ٣٠ ٪ شفيت و ٨ ٪ ماتت والباقى تحسن أو صرح له بالخروج من المستشفى . وكنا نفضل دائما اعطاء ملح طرطير الانتيمون عن نوشادر الطرطير (Ammonium Antimony Tartarate) وقد أعطى لخمس حالات بولات الاستيبامين (Urea.Stibamine) فكانت النتيجة مدهشة وكانت طريقة الحقن الوريدى هى المتبعة والمقدار الاولى كان ١٪ من الجرام فى الماء البارد المعقم ويزاد فى كل حقنة مقداره ٥ ٪ جرام وتعطى يوماً بعد يوم الى أن يبلغ المقدار ٢٥ ٪ ويتبع عدة مرات — ومن مزايا هذا العلاج فى الحالات التى عولجت به أن الاعراض زالت سريعاً

علاج الالتهاب الرئوى
بمقادير كبيرة من اللقاح

للدكتور اندراوس عربانه

لقد استعمل اللقاح فى علاج التهاب الرئة وللوقاية منه ولكن لم يزد مقدار ما كان يعطى عادة عن عشرين مليوناً من لقاح النيوموكوك وأخيرا استعمل اللقاح اكبر من ذلك بكثير فاتى بنتائج مدهشة فرأيت أن أضيف السبع مشاهدات التالية الى ما كتب سابقاً فى هذا الموضوع

١ ا . ع . ش بنت تبلغ من العمر ثلاث سنوات من الخانكة أصيبت بتشنجات عصبية الساعة السابعة مساء وارتفاع فى درجة الحرارة وسرعة التنفس

فحصتها فى اليوم التالى الساعة الحادية عشر صباحاً فكانت الحرارة ٢ر٤٠°
سنتيغراد والتنفس ٦٢ وبه علامات التهاب الرئة فى الجهة اليسارية ولم يكن
لها افراز حتى يمكننى فحصه . أعطيت ٥٠ مليوناً من لقاح الينوموكوك الساعة
السادسة مساء وفى اليوم التالى الساعة الحادية عشر صباحاً كانت الحرارة ٣٩
والتنفس ٤٠ وفى الذى يليه كانت الحرارة ٣٧ والتنفس ٢٤

٢ ش . م . ب بنت تبلغ من العمر سنتين ونصفا من الزيتون ارتفعت
درجة الحرارة عندها بغتة مع سرعة فى التنفس الساعة التاسعة صباحاً . فحصتها
الساعة التاسعة مساءفوجدت عندها التهابا شعبيا رئويا منتشراً فى الرئتين وحرارتها
٤٠ والتنفس ٩٥ اعطيت ٥٠ مليوناً الينوموكوك وفى اليوم التالى الساعة السابعة
صباحاً كانت الحرارة ٣٩ والتنفس ٧٥ وفى الساعة التاسعة مساء كانت الحرارة
٣٩ ٦٠ وفى اليوم الذى يليه كانت الحرارة ٣٧ والتنفس ٤٠

٣ ر . م . عمرها ٤٠ سنة فى قنطرة الدكة فحصتها فى اليوم الثانى للمرض
الحرارة ٤٠ والتنفس ٦٢ والنبض ١٣٠ وكان البصاق صدئياً و بفحصه وجد به
نيوموكوك أعطيت ١٠٠ مليون وفى اليوم الثالث كانت الحرارة ٤٠ والتنفس
٥٨ والنبض ١٢٥ وفى اليوم الرابع كانت الحرارة ٥ر٣٨ والتنفس ٢٤ . والنبض
٨٠ وأعطيت كذلك ١٠٠ مليون اخرى وفى اليوم الخامس كانت طبيعية

٤ ز . م . ولد فى العاشرة من عمره بالفجالة فحصته فى اليوم الثانى للمرض
الحرارة ٤٠ والتنفس ٧٠ التهاب رئوى فى الجهة اليمنى بصاق صدئى و نيوموكوك
فى البصاق اعطى ١٠٠ مليون وكانت حالته فى اليوم الثالث حرارة ٣٧
وتنفس ٣٢

أصيب بنكسة فى اليوم السابع فاعطى ١٠٠ مليون أخرى فهبطت الحرارة
فى اليوم التالى

٥ ا . م . بنت فى الثالثة من عمرها أصيبت بنزلة معوية وضمور ثم أصيبت

بنزلة شعبية رئوية أعطيت ٢٠ مليوناً فلم تتحسن حالتها ولم يستمر العلاج لسوء حالتها

٦ س . ب . س بنت تبلغ من العمر سنتين من منشية الصدر فحصتها بعد مضى ٦ ساعات من ابتداء المرض حرارة ٤٠ تنفس ٧٦ نبض ١٢٠ التهاب رئوى فى الجهة اليمنى أعطيت ٥٠ مليوناً فكانت الحرارة طبيعية فى اليوم التالى

٧ . ا . م . عمره ٢٣ سنة من العباسية التهاب رئوى فى الجهة اليسرى حرارة ٤٠ تنفس ٥٦ نبض ٩٦ بصاق صدئى . نيوموكوك فى البصاق أعطى ١٠٠ مليون فى اليوم الثانى للمرض فكانت حالته فى اليوم الثالث حرارة ٣٧ر٨ وتنفس ٢٨ ونبض ٨٨ وكان طبيعياً فى اليوم الرابع

فمن هذه المشاهدات نصل الى الاستنتاجات الآتية

أولا : المقدار الذى يعطى للبالغ ١٠٠ مليون وللطفل ٥٠ مليوناً

ثانياً : يستحسن فحص البصاق دائما ومعرفة نوع الميكروب الموجود به

ثالثاً : يجب البدء بالعلاج حالا وكلما كان مبكراً كلما كانت النتائج أحسن ولم أجرب العلاج باللقاح بعد مضى ثلاثة أيام

رابعاً : مهما تكن حالة المريض فذلك لا يمنع من اعطاء اللقاح لأن الحالة الاولى والثانية كانتا فى حالة شديدة ولم يعط اللقاح لانهما كانتا حالتى يأس

خامساً : أن الموضوع مفتوح بابه لزيادة البحث

(نقلا عن مجلة البرا كتشز عدد ديسمبر سنة ١٩٢٣)

علاج الملاريا

مترجمة عن المجلة العلاجية عدد يوليو سنة ١٩٢٠

للدكتور امين عوض الله

كتب الدكتوران Cowan & Strong مقالا فى المجلة الطبية الربع سنوية هذا ملخصه

ان المبادئ الاساسية الواجب اتباعها فى علاج الملاريا ثلاثة

أولا — يجب البدء بالعلاج حالما تظهر الاعراض

ثانياً — يجب استعمال الكينا بمقادير كافية مدة ثلاثة أو أربعة أسابيع يبقى المريض فى خلالها فى المستشفى

ثالثاً — يجب تمضية مدة النقاهة فى بقعة خالية من الناموس ويحسن أن يكون ذلك على شاطىء البحر أو المواقع المرتفعة بين الجبال .

وزيادة عن ذلك فانه يجب أخذ عينات الدم لفحصها قبل البدء باعطاء الكينا لانه من الصعب جداً وجود الطفيليات بعد تعاطى الكينا ويجب معرفة مقدار العدوى ونوعها وعدم وجود الطفيليات لا يدل على عدم وجود العدوى بالملاريا على انه يندر جداً عدم العثور على الطفيليات فى الاحوال المصحوبة بحمى ما لم يكن قد تعاطى المريض الكينا

ثم أنه يجب أن يبقى المريض فى الفراش طول مدة وجود الحمى و بضعة أيام أخرى بعد زوالها والرجوع الى الحركة مبكراً هو أهم الاسباب فى عدم استئصال شأفة المرض

و يتحتم أن يكون الطعام فى مبدأ المرض سائلا وسهل الهضم ويجب أن تكون حركة الامعاء منتظمة ولذلك يحسن اعطاء كمية من الزيبق فى ابتداء المرض ويكون ذلك مرتين أو ثلاث مرات فى الاسبوع

ويلزم اعطاء الـكينا حالما يعرف تشخيص المرض بغض النظر عما اذا كانت توجد حمى أم لا. ويستحسن جداً أن تعطى الـكينا فى محلول ولـكن يمكن اعطائها فى برشام أو محافظ ويحسن عدم اعطائها فى حبوب أو اقراص لان هذه صلبة قابلة للذوبان بسهولة وأحسن المحضرات الطبـية هى ثانى هيدروكلوريدات الـكينا وهيدروكلوريدات الـكينـا وهيدروبروميدات الـكينا وسلفات الـكينا ولـكن الاخيرة تتطلب اضافة حمض اليها كى تذوب تماماً ويحسن اضافة سائل عطرى مثل الجبهان أو الـكلوروفورم الى كل من هذه المحضرات

والجرعة الاولى تتراوح بين ٣٠ و ٦٠ قمحة يومياً ولـكن المقدار الأخير بقـدر الحاجة اليه ويقاس مقدار الجرعة بشدة الاعراض وبكمية العدوى كما يتضح ذلك من فحص الدم والجرعة الاعتيادية المتفق عليها بين أغلب الاطباء هى ٤٥ قمحة يومياً

ويجب الاستمرار على اعطاء هذه الـكمية طول مدة وجود الحمى ومن ثلاثة الى سبعة أيام أخرى بعد زوالها ثم تنقص الجرعة الى ٣٠ قمحه وهذه الـكمية يجب استمرار اعطائها الى أن يمض على المريض مدة يكون فيها خالياً من الحمى وأقل هذه المدة هو ٢١ يوماً

وتعطى الجرعة على ثلاث مرات بعد الطعام والدكتور Brem ينصح بأعطاء الثلاث جرعات متتالية فى الصباح ولـكن الدكتوان Cowan & Strong وجدا أن الـكينا يسهل احتمالها بعد الطعام وقد يكون مفيداً فى بعض الاحوال المصحوبة بالحمى اعطاؤها كل اربع ساعات وعدم القابلية للـكينا نادر ما عدا فى أحوال التهاب المعدة المعوى .

وطنين الآذان والصمم نادر الحصول جداً ويمكن منع هذه الاعراض باعطاء منع هيدوبروميدات الـكينا أو باعطاء برومور الصودا مع الـكينا

ومن المهم جداً التأكد من امتصاص الدواء واعطاء الكينا بطريق الفم لا يتفق مع وجود التهاب المعدة المعوى وفى الاحوال التى يكون فيها اللسان مغطى بطبقة كثيفة قذرة ويمكن اعطاء الكينا فى هذه الاحوال بطريق الحقن الشرجية اذ قيل انه ممكن امتصاص الكينا بهذه الطريقة

ولكن الحقن فى العضلات هى أفضل طريقة فى مثل هذه الاحوال وأيضاً فانها ضرورية جداً فى الحالات التى تكون فيها العدوى شديدة وفى الحالات التى يظهر فيها اعراض مخية مهما كانت طفيفة أو أعراض صدرية أو باطنية وفى الحالات التى لا تتأثر فيها الحمى باعطاء الكينا بطريق الفم

ويوجد اعتقاد شائع بضرورة إعطاء الحقن فى العضل فى ابتداء الحالات المعروفة بـ Subtertian وهذا رأى ٩ أطباء من ٣٦ طبيب والجرعة تختلف من ١٢ الى ٤٥ قمحه وعند اعطاء المقادير الصغيرة تصحب باعطاء من ٢٠ الى ٣٠ قمحه بطريق الفم

وقد رأى طبيب واحد ضرورة اعطاء حقن فى العضل فى النوع الحميد Benign Tertian وهؤلاء الاطباء يعتقدون أنه يوجد فرق طفيف بين تأثير طفيليات Subtertian وطفيليات Benign Tertian بالكينا ولذلك فهم يفضلون اعطاء وحقن فى العضل فى كل الحالات فى المبدأ لانهم يظنون أن مدة الحمى تخف بذلك

وطبيب آخر رأى لزوم اعطاء حقن داخل الوريد (١٠ الى ١٥ قمحه) فى اليومين الاوليين من حالات Subtertian ولكن Cowan & Strong يريا أن ذلك ليس ضروريا

والاسباب التى تستوجب الحقن داخل الوريد هى التى تحتم ضرورة الفتك بالطفيليات سريعاً مثل الاحوال المصحوبة بأعراض مخية من أى نوع سواء كانت سباتية Comatose أو تهيجية Delirious والاحوال المصحوبة بهبوط

شديد وسيانوز أو اعراض حادة فى البطن أو ارتفاع فى درجة الحرارة غير عادى Hyperpyexies ومحلول ثانى هيدروكلوريدات الكينا هو أنسب دواء للحقن فى العضلات مذاباً فى محلول ملح طبيعى (١٠ قمحات فى ١٠ س م) ويجب حقنها عميقاً فى العضل بعيداً عن Sciatic verue ويجب تفريغ الابرة جيداً قبل سحبها ويجب العناية بالتعقيم عناية تامة ولاجل الحقن فى الوريد ستعمل هيدروكلوريدات الكينا لان المحلول ليس حمضياً ولا قلويا ويجب عمل الحقنة ببطء ويستحسن أن تستغرق الحقنة من ١٥ الى ٢٠ دقيقة وأكبر مقدار يمكن اعطاؤه بهذا الطريق هو ٣٠ قمحة وفى الحالات التسممية تزاد كمية المحلول الى نصف لتر أو لتر ووجود أوزيما Oedema فى الرئتين بالطبع لا يتفق مع الحقن فى الوريد وعلاج حالات الانتكاس بالملاريا يختلف بعض الاختلاف عن علاج الحالات الاولية

وقد قسم الدكتوران Cowan & Strong المرض الى ثلاثة أقسام

القسم الاول — هم المرضى الذين تدل حالتهم على مرض ظاهر وهؤلاء طبعاً يحتاجون للعلاج فى المستشفى

القسم الثانى — هم المرضى الذين لا تظهر عليهم أعراض المرض ولكنهم معرضون من آن لآخر بنوبات الملاريا

القسم الثالث — هم المرضى الذين لا تدل حالتهم على صحة تامة وليس مرضهم شديداً ومعرضون ايضاً لنوبات الملاريا وفى دور الحمى يجب علاج هذه الاحوال جميعها كعلاج الملاريا الاولية ولكن يجب أن لا يغرب عن الذهن أن المرضى الذين تعاطوا الكينا مدة طويلة يحتاجون الى جرعات اكبر مما يحتاج باقى المرضى الذين لم يتعاطوا الكينا

وكثيراً ما يحدث أن تستمر الحمى بالرغم من تعاطى الكينا بواسطة الفم وكلها تزول بعد اعطائها بواسطة الحقن فى العضل وفى بعض الاحوال النادرة

تستمر الحمى مع اعطاء الكينا بأى طريق والسبب فى ذلك غير واضح تماماً ففى بعض الاحوال تكون القناة الهضمية مرتبكة فى وظيفتها ويحصل الشفاء متى زال هذا العرض وفى أحوال أخرى تكون الحمى ليست نتيجة طفيليات الملاريا ولكنها تكون نتيجة ميكروب آخر مثل حمى التيفويد أو الدوسنطاريا أو السل الرئوى

ويجب فحص المريض فحصاً تاماً فى كل حالة اذ كثيراً ما شوهد أن يكون المريض مصاباً بمرضين أو ثلاثة فى وقت واحد مثل الملاريا والدوسنطاريا الباسيلية Bacillary والانكاستوما . أو ملاريا الالتهاب الرئوى الشعبى والدوسنطاريا الاميباوية

وقد يكون السبب خراج فى الالية أو التهاب عظمى حاد Osteomylites أو التهاب اللوزتين أو عدوى ميكروبية فى البول

ولكن قد يكون السبب فى كثير من الاحوال هو استمرار العدوى بالملاريا وفى هذه الحالة يكون المريض ضعيفاً لا يتقوى على مغالبة المرض مهما كثرت كمية الكينا التى يأخذها وهذه هى الحالات التى تكون فيها مركبات الزرنيخ ذات فائدة عظمى والدكتور Balfour ينصح باضافة مقدار من محلول الزرنيخ الى كل جرعة من جرع الكينا وقد ظهرت بالتجربة فائدة هذه الطريقة فى كثير من الاحوال ولكنهم يفضلون اعطاء الزرنيخ منفرداً

وقد جرب Cowan & Strong طرقا عدة فظهر أن بعضها مفيد فى بعض أحوال والبعض مفيد فى أحوال اخرى واحدى هذه الطرق هى أن يأخذ المريض بطريق الفم من ٣٠ (الى) ٤٠ نقطة كل يوم وذلك لمدة ثلاثة أو أربعة أسابيع واعطاء محلول الزرنيخ حقناً تحت الجلد بكمية ٣ نقط كما ينصح الدكتور Silvester أو كاكوديلات الصودا فى العضل بكمية ¾ قمحة سبعة أيام كما ينصح ويلمور بذلك أيضاً فى بعض الاحوال

مبادیء وارشادات

لعلاج التدرن

عن طريق سطح الجلد بواسطة الأكتيبين

للدكتور يوسف سعد

مبدأ المعالجة : يقصد بهذه الطريقة اكساب الجسم المصاب بالتدرن مناعة عن طريق الجلد بدون أن يحدث من دراء العلاج التفاعل البؤرى الخطر

(١) لقد دل الاختبار منذ عهد بعيد أن المصابين بالتدرن فى الاعصاب الداخلية يسهل شفاؤهم متى ظهر أثر هذا التدرن على جلودهم . والمرجح أن ظهور البؤر الجلدية يسبب تأثيراً فى سير المرض له فعل شاف على البؤر الداخلية الهامة كالصدر مثلا والمقصود من استعمال الأكتيبين هو احداث بؤر اضافية من هذا النوع عند المصابين بالتدرن . وأحسن الطرق وأخفها خطراً هو فرك الجلد بالمادة المضادة للعدوى (أى الانتيجين التدرنى) وهـذه هى الطريقة الطبيعية لأنه بواسطتها يمكن احداث التهابات شبه درنية بدون أن ينشأ ضرر فى الجلد

والمسلم به عند أهل العلم هو أن الجلد لما له من الميزة الخاصة فى تكوين الاجسام المضادة للتدرن يشغل دوراً نافعاً بدليل أن الباحثين وجـدوا فى خلايا التدرن الجلدى السام (اى الحبيبات الناتجة عن التوبركولين) مواد التفاعل التى تعدم فعل السم التدرنى اذ ما يحدث هو مناعة شخصية يسببها شبه التدرن الجلدى هذا الذى ينتج من الفرك ويؤثر على البؤر الاصلية التى نقصد معالجتها

(٢) كل علاج للتدرن يجب فيه توقى الاضرار بالجسم ولهذا يلزم استعمال

الطريقة التى يجتنب فيها تفاعل البؤر الصدرية التى لاحد لشدتها وعليه يرى العلماء أن طريقة المعالجة بواسطة سطح الجلدهى الاضمن لانه لا يحدث بسببها خدوش أو ضرر فى الجلد .

لكن التجارب أظهرت أن هذه الطريقة مهما بدا من سلامتها وعدم ضررها قد يظهر فيها تفاعل فى البؤر اذا استعمل الانتيجين التدرنى بشكل سائل (كما فى حال استعمال التوبركولين القديمة مثلا ولو مخففة) لان الامتصاص بهذه الطريقة سهل على نوع ما . لكن الأمر يختلف من استعمال الانتيجين بشكل مرهم فان قوة الامتصاص تضعف لان هذه المادة تحفظها اللانولين الخالية من الماء اذ تكاد أن تتحد بها . وهذه هى الحالة فى المرهم الطبي التدرنى أكتيبين لان استعماله أسهل من المواد التى تجانبه ويحتوى فضلا عن التوبركولين المركزة على أجسام الباشاس البشرى والبقرى ميتة لكنها سليمة كيمياً وخلقياً .

بعد الفرك بالمرهم يحدث التهاب فى الجلد بسبب التهيج الناتج من التوبركولين والباشلس الذى يدخل فى الوقت نفسه فى نسيج الجلد يجذب الى البؤر الذى يحصل فيها التفاعل وهناك تستطع عليه السوائل الناتجة عن الالتهاب وتذيبه وهكذا يضطر الجلد الى تكوين أجسام التفاعل التى تزيل السموم التدرنية ويكون أيضاً موادا شديدة الفعل على أنتيجين المادة الباشاسية نفسها .

طريقة الاستعمال

يوضع الاكتيبين على جلد الصدر أو الظهر أو البطن بالتعاقب (أى الموضع الذى دهن فى المرة الأولى لا يدهن ثانية) ولا يوضع منه على الذراع ويفرك الموضع المعد للدهن بشدة واعتناء مدة دقيقة (أو يعد من واحد الى ١٠٠) وتعاد هذه العملية ست مرات كل أسبوع أو أربعة أسابيع و يتدفق التكرار

على حالة المريض والظروف المحيطة به (اذ قد لا يلزم الأمر الى استعمال الفرك سوى مرتين أو ثلاث مرات فقط)

يستعمل من المرهم الكمية التى تخرج من الانبوبة عند الضغط عليها (وهو ما يوازى ٥ مليمترات فى الانابيب التى سعتها ١٠ جرام وهكذا ١٠ مليميترات فى التى سعتها ٥ جرام)

القطعة من الجلد التى يجب فركها بالدواء هى مقدار ٥ سنتيمتر وتستعمل السبابة للدلك ولا بأس باستعمال أصبع من الكاوتشوك أو قطعة من الورق. وبحسب تأثير التفاعل فى الجلد يظهر محل الفرك بعد مضى يومين أو ثلاثة بثور يختلف عددها من ١٠ الى ١٠٠ باطنها أصفر اللون أو لا مع ملتهب . واذا كان التفاعل ضعيفاً أى اذا ظهر خمس بثور فقط قد يلزم حسب حالة كل شخص تكرار الفرك بعد مضى مدة من الزمن بكميات أكثر من المرهم أو يقتصر على تهييج البثور ميكانيكياً بواسطة فركها بالايتير وفى غير هذه الاحوال يفرك بالمرهم بدون أى واسطة ولا حاجة على كل حال الى ضماد أو رباط

يجب أن تمضى مدة طويلة بين الفرك الأول والذى يعقبه اذ يلزم أن يعود الجلد الى حالته الطبيعية قبل أن يهيج ثانية . أما مدة الاسبوع أو الاربعة أسابيع التى سبق ذكرها فتحدد بنسبة شدة التفاعل الجلدى ومدته ونظراً لسهولة هذه الطريقة وعدم ضررها يمكن التوسع فى استعمالها .

أما من حيث الوقاية بهذه الطريقة فان العلم يدل على أن لا فائدة منها لوقاية الجسم من التدرن اذا كان سليما منه بعد وتأثير الدواء يتوقف فقط على تأثير التفاعل النوعى الموجود أى على وجود التدرن فى الجسم انما يمكن القول بان هذه الطريقة لها تأثير فى الوقاية بمعنى أنها تولد الاجسام المضادة للتدرن فى الاشخاص المصابين اصابة كامنة أى الذين لم تظهر فيهم الاصابة بالبحث الاكلينيكى فى ذاك الحين .

الامتصاص

بواسطة الطبقة الغمدية للخصية

مترجمة من مجلة الجمعيـة الطبيـة الامريكانيـة

نقلا عن الجرائد الطليانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

حقن الدكتور توراكا (Torraca) صبغة داخل الطبقة الغمدية للخصية فى سبعة كلاب و بعد مضى وقت يتراوح بين ١٤ و ٢٣ دقيقة ظهرت الصبغة فى البول وحقن ثمانية رجال مصابين بالقيلة المائية بالصبغة بنفس الطريقة السالفة ولم تظهر الصبغة فى بول اثنين منهم مطلقاً أما فى الآخرين فلم تظهر الصبغة الا بعد مضى زمن من ساعة الى سبع ساعات تقريباً ومعظم الصبغة ترك فى الطبقة الغمدية مدة بضعة أيام قبل أن يمتص ؟

المعادن المنتثرة او شبيهة الغراء

Colloidal Preparations of Metals

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

الدكتور عبد الحميد العرابى

أن التحاليل الـكيماوية الطبيعية التى أجراها الدكتور كلارك (Clark) قد أظهرت أن العنصر الفعال فى بعض مستحضرات المعادن المنتثرة Colloidal Preparation كان فى حاله غروية أو منتثرة (Colloidal Form) وفى أحوال

أخرى كان العنصر الفعال بعضه فى حالة غروية و بعضه فى حالة محلول Solution بينما فى بعض الاحوال كان كل العنصر الفعال فى حالة محاول حقيقى

وأن التجارب الاقربازينية التى عملت أظهرت أنه لا يوجد هناك أى فرق ظاهرى بين مفعول مستحضرات المعادن المنتشرة و بين مفعول نفس هذه المواد فى حالة محاول ما ؟

صلاة المسلمين والصحة

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

وصف الدكتور دنجويزلى (Dinguizli) طريقة الصلاة اليومية عند المسلمين والحركات المتبعة فى تأديتها والوضوء قبل البدء فى الصلاة وقد برهن فى رسالته أن النبى محمداً كان على علم تام بأهمية التمرينات وفائدة الاغتسال الصحية المطهرة . وقد رآى الكاتب أن فى هذه الحركات أى الصلوات الخمس اليومية خير وقاية من التهاب الزائدة الدودية

وبما أن الطبقة الفقيرة وسكان الصحراء لا يمكنهما القيام بعملية الغسيل المتكررة (أى الوضوء) فقد سمح لهم بالتيمم . ومع كل فان الطبقات المتوسطة على الأقل فى مستوى الطبقات المماثلة لها من أى جنس آخر من وجهة النظافة .

العلاج الجراحى للذبحة الصدرية

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

استأصل الدكتوران كوفى (Coffey) وبرون (Brown) العصب الاشتياقى (Sympathectomy) فى خمس حالات ذبحة صدرية (Angina Pectoris) كان اثنان منها فى الغالب متسببين عن زهرى فى الاورته (Syphlitic Aortitis) وكانت النتيجة ان حصلت وفاة فى حالة واحدة وحصل تحسين كبير في الاربع حالات الباقية ويرى هذان الدكتوران أنه بالنسبة الى حالة الاعراض المؤلمة للذبحة الصدرية أن التحسين الذى أعقب العملية فى هذه الحالات كان كافياً ليبرر تجربة هذه العملية أو أى عملية أخرى ؟

اللبن المستهلك فى باريس

للدكتور عبد الحميد العرابى

نشرت مصلحة السين وقسم التفتيش البيطرى فى باريس تقريراً عن اللبن المستهلك فى باريس . وأهم ما يلفت الانظار فى هذا التقرير هو كثرة الابقار المصابة بالدرن فقد وجد أن ٥٣٧٥ بقره أى (٣٤ر٣٥ فى المماية) من ١٥٦٣٧ بقره عمل لها فحص التبركلين (Tuberculin) مصابة بالدرن وأن نسبة الابقار المصابة بالدرن تتغير بدرجة عظيمة من سنة الى أخرى

ولكنه لم يطرأ عليها نقص يذكر الى الآن . وأن عدد الميكروبات فى

اللبن الذى فحص كان مدهشاً للغاية فان نتيجة عدد الميكروبات فى ١٢٢ عينة فحصت كانت كالآتى :

٤٢ عينة أو ٧٥ فى المائة احتوت على اكثر من ٠٠٠ ١٠ ميكروبه فى كل سنتى متر مكعب

٣٥ عينه أو ٦٥ فى المائة احتوت على اكثر من ٠٠٠ ٥٠ ميكروبه فى كل سنتى متر مكعب

٢٩ عينة أو ٥٢ فى المائة احتوت على اكثر من ٠٠٠ ١٠٠ ميكروبه فى كل سنتى متر مكعب

١٢ عينة أو ٢١ فى المائة احتوت على اكثر من ٠٠٠ ٥٠٠ ميكروبه فى كل سنتى متر مكعب

٤ عينات أو ٧ فى المائة احتوت على اكثر من ٠٠٠ ١٠٠٠ ميكروبه فى كل سنتى متر مكعب

فاذا تذكرنا أن الاخصائيين فى علم الصحة يعتبرون أن كل ماء يحتوى على اكثر من ١٠٠٠٠ ميكروبه فى كل سنتى متر مكعب غير صالح اتضح لنا أن ٧٥ فى المائة من اللبن الذى فحص كان غير صالح .

ولم يقتصر الدكتور شريتان (Chretien) رئيس قسم التفتيش على الالبان على تقدير عدد الميكروبات الموجودة فى اللبن ولكن أيضاً على التفتيش على نظافتها الظاهرية وقد قسم عينات اللبن التى فحصها الى اربعة أقسام :

(١) لبن نظيف (٢) لبن نظيف نوعا (٣) لبن قذر (٤) لبن قذر جداً

وقد وجد بين ١١١ عينه التى فحصها عشر عينات أو ٩ فى المائة نظيفة و ٢٧ عينه أو ٣٢ / ٢٤ فى المائة نظيفة نوعاً و ٤٦ عينة أو ٤٤ / ٤١ فى المائة قذرة و ٢٨ عينة أو ٢٢ / ٢٥ فى المائة قذرة جداً

محضر الجلسة العلمية السادسة والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

الدكتور نجيب اسكندر

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة فى صباح الجمعة ٧ ديسمبر سنة ١٩٢٣ رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال وبحضور نخبة كبيرة من أطباء القاهرة والاقاليم وافتتحت الجلسة فى الساعة العاشرة والدقيقة ٢٠ صباحاً فقام السكرتير وعرض على الجمعية الاستغناء عن قراءة محضر الجلسة الماضية بما أنه نشر فى العدد العاشر من المجلة فوافق الحضور على ذلك

ثم دعا الرئيس سعادة الدكتور ظيفل باشا لالقاء محاضرة عن الوخز التشريحى والجراحى والوقاية منه وبعد الانتهاء منها دارت مناقشة طويلة اشترك فيها أغلب الحضور حول نتائج حقن البول فى الوريد والحقن بالتاكسين وتأثيره ومعالجة الجراحات فى هذه الاحوال

فقال الدكتور على بك ابراهيم ان الحقن بالبول جرب بعض النشىء أحوال كثيرة لم تنجح بل بالعكس ساءت كثيراً وبسرعة .

ولفت حضرته أنظار الحضور الى الانتفاع بتعاليم وجيزة الدكتور ظيفل باشا فى عدم فتح الجراحات قبل تكونها ونضجها والا فتكون الحياة عرضة للخطر كثيراً فانه قد شوهد فى أحوال كثيرة وفاة سريعة .

وبعد ذلك قام الدكتور نصر فريد بك مرحباً بسعادة الباشا ذاكراً مآثره وصفاته الطيبة ثم تبعه الدكتور محمد صالح بك والقى كلمة ترحيب مع تهنئته من الابلال من المرض ثم عرض حضرته على الجمعيه قراراً بمطالبة الحكومة بتعيين طبيب وطنى فى وظيفة رئيس مجلس الصحة البحرية والكورنتينات خلف

للدكتور جرانفيل باشا وقدم صورة قرار بذلك للمجلس

ثم قام الدكتور نصر بك فريد كذلك وطلب عمل قرار لاسناد وظيفة استاذ الرمد الحالية بمدرسة الطب الى رمدى مصرى فوافق الحضور على ذلك

وبعد ذلك شكر الدكتور ظيفل باشا الحضور على احساسهم الشريف وشعورهم نحوه

كما ختم سعادة الرئيس الجلسة بالشكر الكبير لسعادة ظيفل باشا على محاضرته النفيسة وما حوته من المعلومات ودلائل الخبرة الطويلة

وأقفلت الجلسة فى الساعة ١٢ ظهراً

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لاتنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد


ميدي
مرهم ميدي
لبوس ميدي
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
يحتوى على اربع عناصر فعالة وعليه تأثير محقق
ادرينالينه
استوفايينه
انستيزيه
خلاصة ابو فروه الهندي جديدة وثابتة
للبواسير
حبيبات فوارة
پيپرازين ميدي
لا بد من الاعتراف هنا بالمكانة
العظمى التي يلقاها البيبرازين ميدي لدى
جمهور الاطباء والمرضى وذلك لان الادوية الحديثة مهما كانت المستحضرات
لا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لهوشار
من الملعقة الى ست ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحصبة البوليك

البانجلندين

نرى من المفيـد أن نذكر لزملائنا جميع الفوائد التى يمكن استخلاصها من « بانجلندين كوتيريه » ويستطيعون فى أن يحكموا بناء على الشهادة العالية التى أرسلها مريض من تلقاء نفسه الى معامل كوتيريه وكانت حالته الصحية قد ساءت ووهنت تماماً بعـد اقامة طويلة فى البلاد الحارة وبالنظر الى مزية هذه الشهادة لا نتردد من وجهة المهنة فى أن ننشرها وهى :

ران فى ٨ اغسطس سنة ١٩٢٣

أرى من المهم ان أخبركم بالنتائج التى حصلت عليها من استعمالى « البانجلندين »

أقمت عشر سنين فى الـكونغو وفى أثناء اقامتى الاخيرة فى سنة ١٩٢٠ أصبت بالنزلة الوافدة وبالرغم من ضعف قوة المقاومة فى بنيتى أقمت ٢٤ شهراً كانت حالتى الصحية فيها سيئة جداً وأنا الآن موجود فى فرنسا بالاجازة منذ ١٨ شهراً وكنت حتى المدة الاخيرة فى حالة شديدة من الضنى وقد وهنت قواى العقلية كما وهنت قوة جسمى وتعاطيت الزرنيخ بجميع أشكاله فلم أحصل على أدنى نتيجة

وتحولت خاصة الرجولية الى العجز مع ان سنى لا تزيد على ٣٥ سـنة ثم اننى كنت اتألم فى الغالب من آلام فى الـكبد والطحال

ولا شك انكم تدركون حالتى متى اعترفت لـكم بأننى فاوضت اختصاصياً مشهوراً وكان يجب أن أذهب الى محل عيادته فى آخر مايو الماضى لأجل التلقيح (الدكتور فورونوف)

ولـكن عملا بنصائح الدكتور لافوبه فى ران تعاطيت « البانجلندين » وأعترف لـكم بأنى لم تكن لى به ثقة كبيرة ولـكننى فى وقت قصير شعرت بتحسين عام . وفى الوقت الحاضر شفيت شفاءاً تاماً وعاد الى ما كنت قد فقدته من خاصة الرجولية وأصبحت لا أشعر بألم فى الـكبد والطحال وحالتى حسنة جداً

وفى حالتى الحاضرة لا أخشى أن أقيم مرة أخرى فى أفريقيا

ألا كم تقل ضحايا العلل والسقام وكم من موت قبل الاوان يمكن اجتنابه اذا كانت توجد على موائد المستعمرين زجاجة من « البانجلندين » كما توجد لديهم الـكينا

اننى من صميم فؤادى أقدم لـكم شهادتى عسى أن تكون مفيدة وسأجعل من واجبى أن أذيع خبر دوائكم بين زملائى وسأعود فى سبتمبر القادم

وتفضلوا بقبول فائق الشكر والاحترام ؟

المسيو ....Ph مدير بالمستعمرات

تحضير المصل لبارك دافيز وشركاه

Sexums Parke Davis & Co.

علاوة على ان مصل بارك دافيز تعمل تجارب به فى معامل الشركة إلا أنه يفحص ثانياً فى معامل مستشفى سنت مارى بلوندرة ويشهد له بتاثيره وعقمه الميكروبى وخلوه من زيادة المواد المطهرة

المصل الآتى موجود بالقطر المصرى

١ — مصل ضد الدفتريا (بارك دافيز وشركاه) على درجتين

مصل "X" أو "Standard" يحتوى على ٧٠٠ — ٧٥٠ وحدة ابتيتكسين فى سنتمتر مكعب —

ومصل "XX" أو Special يحتوى على ١٤٠٠ — ١٥٠٠ وحدة انتيتكسين فى سنتمتر مكعب

٤	X	٢٠٠٠ وحدة
٥	X	٣٠٠٠ »
٦	X	٤٠٠٠ »
٨	X	٦٠٠٠ »
١٠	X	٨٠٠٠ »

٤	XX	٢٠٠٠ وحدة
٦	XX	٤٠٠٠ »
٨	XX	٦٠٠٠ »
١٠	XX	٨٠٠٠ »

٢ — مصل ضد التيتانوس (بارك دافيز وشركاه) تحتوى على ١٥٠٠ وحدة ضد التيتانوس

٣ — مصل ضد الميكروب السبحى مختلط منوع (بارك دافيز وشركاه) فى امبولة تحتوى ١٠ سنتمتر مكعب

٤ — مصل ضد ميكروب السيلان (بارك دافيز وشركاه) فى صندوق يحتوى على ثلاثة امبولات سعة الواحدة ٢٠ سنتمتر مكعب

وهذه المستحضرات يمكن تغييرها من محل شركة الادوية المساهمة (انريكو دلمار) قبل مضى ثلاثة أشهر على الأقل من المدة المكتوبة على العلبة لانتهاء استعمالها

بارك دافيز وشركاه لوندره

Parke Davis & Co.

العدد الثانى | فبراير سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات: ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة: ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

البانجلندين

نرى من المفيـد أن نذكر لزملائنا جميع الفوائد التى يمكن استخلاصها من « بانجلندين كوتيريه » ويستطيعون فى أن يحكموا بناء على الشهادة العالية التى أرسلها مريض من تلقاء نفسه الى معامل كوتيريه وكانت حالته الصحية قد ساءت ووهنت تماماً بعـد اقامة طويلة فى البلاد الحارة وبالنظر الى مزية هذه الشهادة لا نتردد من وجهة المهنة فى أن ننشرها وهى :

ران فى ٨ اغسطس سنة ١٩٢٣

أرى من المهم ان أخبركم بالنتائج التى حصلت عليها من استعمالى « البانجلندين »

أقمت عشر سنين فى الـكونغو وفى أثناء اقامتى الاخيرة فى سنة ١٩٢٠ أصبت بالنزلة الوافدة وبالرغم من ضعف قوة المقاومة فى بنيتى أقمت ٢٤ شهراً كانت حالتى الصحية فيها سيئة جداً وأنا الآن موجود فى فرنسا بالاجازة منذ ١٨ شهراً وكنت حتى المدة الاخيرة فى حالة شديدة من الضنى وقد وهنت قواى العقلية كما وهنت قوة جسمى وتعاطيت الزرنيخ بجميع أشكاله فلم أحصل على أدنى نتيجة

وتحولت خاصة الرجولية الى العجز مع ان سنى لا تزيد على ٣٥ سـنة ثم اننى كنت اتألم فى الغالب من آلام فى الـكبد والطحال

ولا شك انكم تدركون حالتى متى اعترفت لـكم بأننى فاوضت اختصاصياً مشهوراً وكان يجب أن أذهب الى محل عيادته فى آخر مايو الماضى لأجل التلقيح (الدكتور فورونوف)

ولـكن عملا بنصائح الدكتور لافوبه فى ران تعاطيت « البانجلندين » وأعترف لـكم بأنى لم تكن لى به ثقة كبيرة ولـكننى فى وقت قصير شعرت بتحسين عام . وفى الوقت الحاضر شفيت شفاءاً تاماً وعاد الى ما كنت قد فقدته من خاصة الرجولية وأصبحت لا أشعر بألم فى الـكبد والطحال وحالتى حسنة جداً

وفى حالتى الحاضرة لا أخشى أن أقيم مرة أخرى فى أفريقيا

ألا كم تقل ضحايا العلل والسقام وكم من موت قبل الاوان يمكن اجتنابه اذا كانت توجد على موائد المستعمرين زجاجة من « البانجلندين » كما توجد لديهم الـكينا

اننى من صميم فؤادى أقدم لـكم شهادتى عسى أن تكون مفيدة وسأحمل من واجبى أن أذيع خبر دوائكم بين زملائى وسأعود فى سبتمبر القادم

وتفضلوا بقبول فائق الشكر والاحترام م؟

المسيو ....Ph مدير بالمستعمرات

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثانى	فبراير سنة ١٩٢٤	السنة السابعة

حالة ناسور رحمى شرجى

Utero-rectal Fistula

للدكتور رياض اسكندر

الجراح بمستشفى اسكندرية

أعراضه — أسبابه — كيف شفى

هذا النوع من النواسير الرحمية نادر الوجود جداً وكثير من الكتب الطبية الخاصة بأمراض النساء قد أهمل ذكره نظراً لندورته وبعضها أتى على ذكره وجعل منشأه أوراماً سرطانية رحمية ولم تذكر له سبباً آخر

وليس من السهل تشخيص هذا النوع من النواسير خصوصاً اذا كان منشؤه شيئاً آخر غير السرطان وذلك لدقة الاعراض من جهة ولضيق العضوين اللذين يحدث بينهما الناسور من جهة أخرى

والحالة التى نتكلم بصددها الآن تختلف كل الاختلاف عما ذكر وهى كما سيأتى

سيدة مصرية تبلغ من العمر نحو الخمسة والعشرين عاماً شعرت ذات يوم

عند الظهر بألم شديد جداً فى الجزء الأسفل من البطن أعقبه هبوط عام شديد وكان الألم مصحوباً بمغص واسهال وتصبب عرق غزير بارد فبرودة فى الاطراف وانحطاط عصبى عام وكان البراز ليناً رخواً ومغطى بمواد دموية كثيرة ولا يخلو من الرائحة. عملت لها الاسعافات المنزلية المعتادة واستنجد والدها بأقرب طبيب وكان افرنسياً ومن المشهود لهم بالمهارة وسعت الاطلاع فرأى الحالة وهى فى أشد درجات الهبوط ووصف لها بعض المنبهـات ثم خرج بعد أن أسر الى والدها انذاراً مخطراً

أخذت الحالة فى التحسن رويدا رويدا مساء ذلك اليوم ومدة الليل وفى صباح اليوم التالى شعرت المريضة بقدوم الطمث فارتعدت نفسها منه

وفى المساء دُعيت لعيادة المريضة فوجدتها مستلقية على سريرها يعلوها اصفرار عام وانحطاط عظيم والنبض تتراوح دقاته بين المائة وأربعين والمائة وخمسين والمريضة متنبهة تماماً وقد قصت علىَّ ما انتابها بمساعدة ذوى قرباها

لم يدهشنى شيء فى قصة هذه المريضة أكثر من مصادفة حدوث الاسهال الدموى وقدوم الطمث بعده ببضع ساعات مما جعلنى أوجس خيفة من وجود ناسور شرجى رحمى وقلت فى نفسى هل هذا يا ترى من قبيل المصادفة أو هل هنالك حقيقة اتصال أو فتحة بين الاثنين ومن أين لى فى هذه اللحظة وهذا المكان بحقن وسائل ملون لزرقة داخل التجويف كسائل البرمنجانات أو سائل زرقة المتيلين وملاحظة ما اذا كان يتسرب شيء منها فى الشرج ؟ أو من أين لى أن أكون حسن الحظ فاسمع خرخرة أو قرقعة المواد الغـازية تمر من الامام عند الفحص ؟

ولما كانت حالة المريضة لا تسمح بشيء من ذلك لشدة ضعفها بل تستدعى التقوية العمومية قبل كل شيء وكان وجود الطمث مانعاً آخر يمنع من عمل فحص مهبلى رحمى دقيق اكتفيت مؤقتاً بأن وصفت للمريضة كثيراً من الحقن

المقوية والجرعات الحديدية والزرنيخية حتى تتحسن حالتها قليلا وتحضر الى عيادتى لاعادة فحصها

انقضت مدة الطمث المعتادة وأخذت المريضة فى التحسن ولكن ببطء فلم تصل الى الدرجة التى تمكنها من الحضور الى العيادة لاعادة فحصها وسلوك أى طريقة للتثبت من صحة التشخيص

وجدت هذه فرصة انتهزها لفائدة المريضة وقررت فى نفسى الانتفاع أيضاً من هذا التأخير وأشرت عليها بالمواظبة على الدواء وقلت فى نفسى اذا وافى الطمث فى الدفعة القادمة وبمثل هذه الاعراض ومعه نزيف أمامى وخلفى فليس هناك اذاً أى مجال للشك

لم تمض المدة المعتادة حتى وافى الطمث ومعه الاعراض السالفة الذكر ولكنها أخف شدة (فلم تترك لنا مجالا كثيراً للشك) أما قدوم الطمث فى الدفعة الثالثة فلم يكن فقط مصداقا لما تقدمه فى الدفعتين السالفتين بل كان برهاناً قاطعاً حاسماً وذلك لما اتفق حدوثه معه

كانت هذه السيدة تشكو منذ ردح من الزمن نزلات معوية ناشئة عن اصابتها بالديدان الخيطية الدقيقة Thread Worms وقد عولجت فشفيت منها وتحسنت صحتها كثيراً وفيما هى تغتسل فى أواخر مدة الطمث للدفعة الثالثة شعرت بكتلة صغيرة فى حجم الفولة داخل المهبل فاستخرجتها واذا بها جلطة دموية ذات رائحة كريهة بها نحو الاثنى عشرة دودة من هذه الديدان الصغيرة فاحتفظت بها لحين حضورنا وبعد الفحص اتضح لنا صدق نظريتها

امام هذا الظرف لم يبق لدينا أقل شك فى صحة التشخيص وان المريضة حقيقة مصابة بناسور شرجى رحمى

شرعت حينئذ فى أخذ تاريخ مرضها لعلى أقف منه على سبب حدوث هذا الناسور فاتضح لنا ما يأتى :

تزوجت المريضة منذ ثمانى سنوات تقريبا حملت فى خلالها ثلاث دفعات متقاربة المدى وكانت الولادة فى جميعها عدا الاخيرة غاية فى البساطة والسهولة وكان الطمث يتخللها فى أوقاته بكميات معتـدلة وبغاية الانتظام ولا يتسرب منها افرازات عرضية من أى نوع ما وليس هناك آلام فى التبول وكانت المريضة على الاجمال تتمتع بصحة جيدة ولم تشكو مطلقا التهـابات رحمية ولا نزلات مهبلية منذ أقترانها وكذا قرينها كان خاليا من الامراض التناسلية — اما الولادة الاخيرة فقد كانت صعبة نوعا ما فقد استمر الطلق معها مع انها متكررة الحمل ثلاثة أيام متوالية وبعـد ان تمزق جيب المياه الامامي ونزلت الرأس فى التجويف السفلى للحوض استمرت فى هـذا المركز نحو الاثنى عشرة ساعة ثم استعانت بطبيبة ماهرة فساعدت على استخراج الرأس فبقية الجنين أما المشيمة فظلت عالقـة بداخل الرحم نحو ساعة ونصف وبعد ان استعملت كل طرق التدليك الباطنى وما اشبهـه التجأت الطبيبة الى استخراجها من داخل الرحم بالفصل اليدوى لذا اعتورها مدة النفاث بعض العوارض المرضيه كارتفاع فى الحرارة فايقاف فى السـائل الدموى النفائى (اللوخيا) فادرار فيه فى بعض الاحيان الى ان مضت مدة الاربعين يوما الاولى وتحسنت حالة المريضة بعد ذلك وأخذت تزاول أعمالها المنزلية وابتدأ نزول الطمث بعد ذلك كالمعتاد — هذا مع ملاحظة ان هذه السيدة من اللاتى يفيض طمثهن مدة الرضاعة وقد نزل ثلاث دفعات نزولا طبيعيا وفى الدفعة الرابعة أصابها المرض السالف الذكر

ولما فحصت هذه السيدة فحصاً مهبليا وكانت لا تزال بمنزلها . وجدنا المهبل بحالة طبيعيه وليس به سقوط امامى أو خلفى وكان خاليا من الافرازات المرضية . ولم نشاهد به ثقوبا أو نواسيرأو تقرحات أو ما أشبه ذلك ووجدنا الرحم منقلبا الى الخلف قليلا ولـكن حجمه طبيعى وليس به أورام ولا التهابات كما ان المبيضين والبوقين فى حالهما الطبيعى وخاليان من الآلام وليس هناك

التهابات بريتونية موضعية حديثة العهد ولم نجد فى حال المريضة شيئاً آخر خلاف ما ذكر — هذا ولم نجد من الضرورى حقن داخل الرحم بمحاليل ملونة (خصوصا واننا فى موضع ليس فيه كل ما يلزمنا من الاستعداد) وما مر بنا كاف جدا للتأكد من صحة التشخيص

ولما كانت صحتها العمومية لا تسمح بأى تداخل جراحى بعد ما سبق توضيحه استمرت مدة أخرى تتعاطى المقويات ونحن نرمى فى خلالها الى غرضين — الاول — التقوية طبعا لتتحمل المريضة العملية أو العمليات اللازمة والثانى —أعطاؤها فرصة طويلة لرتق هذا الناسور رتقا ذاتيا (Natural Cure) وهو ما لم نكن نؤمله كثيراً على اننا كنا مكرهين على هذا الانتظار قهرا منا لا أختيارا وكان امامنا عاملان كل منهما يتهددنا من ناحيته. الاول — ضعف المريضة عن تحملها العملية، وهو ما يدفعنا الى التريث و (الثانى) هو التخوف من تسرب بعض المواد البرازية السائلة أو المتجمدة الى التجويف الرحمى فيحدث فيه عدوى جديدة ربما كانت القاضيه وهذا ما يدفعنا طبعاً الى التعجل

ولكننا كنا مطمئنين قليلا اذ مضت مدة طويلة جاء الطمث فيها عدة دفعات وكانت الحالة آخذة فى التحسن ولم يحدث شىء من ذلك وكان الاجدر ان يحدث خلال هذه المدة الطويلة ويخيل لى ان القناة الناسورية لابد ان تكون ضيقة وصمامية الشكل كفتحة الحالب مثلا أو مقفلة بصمامة كجلطة دموية أو ما أشبه بحيث لا تسمح بمرور المواد البرازية للرحم

بناء على ما تقدم من النظريات استمررنا فى معالجة المريضة وتقويتها ومراقبتها فى الوقت نفسه مراقبة دقيقة خشية الطوارئ وقد كان من حسن حظها فعلا بعد ان خرجت هذه الجلطة الدموية المترشقة بالديدان الخيطية ان شعرت المريضة بتحسن ظاهر وتقدم مستمر ونقاهة غير متقطعة وأقبل

الطمث بعد ذلك كالمعتاد تماما وبدون نزيف خلفى أو آلام أو هبوط الى ان شفيت تماما ثم عادت فحملت وهى الان فى الشهر السابع من حملها وتتمتع بصحة جيدة — هذا ما كان من شأن هذه المريضة التى انتهت قصتها على ما شرحته لكم بأن شفيت وشفيت ذاتيا

لنعد الآن الى الموضوع لنمحصه من الوجهة النظرية والفنية علنا نقف على أسباب هذا الناسور وكيف شفى وهل هذا ينطبق على ما لدينا من النظريات والتجاريب العلمية أو كان من قبيل المصادفة ليكون لنا درساً فى المستقبل نستعين به فى مثل هذه الاحوال وما شاكلها

أسباب الناسور — ليس لدينا مما سبق ذكره ما يمكننا أن نستنتج منه السبب الحقيقى للناسور سوى أمرين

الاول — الولادة العسرة المصحوبة بالمشيمة العالقة المستخرجة بالفصل اليدوى فربما نشأ عن فصل المشيمة بعض تقرحات بسيطة أو ثقب صغير فى الرحم ازدادت جسامته بالنفاث اللاطبيعى بشكل غير حاد وهى فكرة مستبعدة قليلا عند مقارنتها بالسبب الثانى وخصوصاً لمرور مدة من الزمن بين الوضع وظهور الاعراض

أما السبب الثانى فهو الديدان الخيطية — لا يخفى أن هـذه الديدان تقطن الجزء الاول من القولون والشرج وديدنها التجول والتنقل من مكان الى آخر فتحدث ألماً شديداً وشعطاً مستمراً أثناء تجوالها ولا يكون ذلك الا ليلا — وكثيراً ما روى عنها بصفة خاصة أنها تخترق جدر الامعاء السليمة وتدخل التجويف البريتونى وهناك تحدث اما درنات ديدانية Verminous Tubercles فى قاع كيس دجيس أو تسبب خراريج حول المستقيم أو نواسير حول الشرج وليس هناك أدل على صدق هذه النظرية من حالتنا هذه ومن العثور على الديدان نفسها فى التجويف المهبلى

وقد تخترق الديدان الثعبانية « Ascaris » الامعاء السليمة أيضاً ولـكن ذلك فى النادر جداً « Apostolidis » وعلى العكس كثيراً ما تثقب الامعاء المريضة - وكثيراً ما يروى عنها انها اخترقت الامعاء المصابة بالحمى التيفودية فأحدثت فيها ثغرة كانت سبباً فى التهاب بريتونى عام ومن قبيل المشاهدات الشخصية أذكر أننى رأيت هذا العام مريضين من الذين أجريت لهم عملية الزائدة الدودية تسربت المواد البرازية من مركز العملية بعد بضعة أيام منها فكان ذلك موضع دهشتنا لأن جدر الامعاء لم تكن هشة وقت العملية ولـكن ما عتم أن ظهر لنا السبب فى اليوم التالى بوجود هـذه الديدان بين طيات ضماداتنا

اذاً لاشك فى أن منشأ هذا الناسور هو الديدان المعوية الخيطانية كما سبق لنا بيانه ولنعد الآن الى النقطة الثانية وهى نقطة العلاج ونتسائل : هل كانت تلك النتيجة من قبيل المصادفة وحسن الحظ أو على عكس ذلك تنطبق على النظريات العلمية ؟

النواسير البرازية نوعان منهـا ما اتصل بالامعاء الغلاظ ومنها ما اتصل بالامعاء الدقاق — فما اتصل منها بالامعاء الغلاظ كثيراً ما يشفى ذاتياً وبدون تداخل جراحى سوى استعمال المواد المطهرة من الداخل والخارج والاعتناء بالجلد وتغطيته بالمواد الدهنيـة حتى لا يكون عرضة للتهيجات والتقرحات والاكزيما وما أشبه والامثلة عديدة جداً على ذلك منها حالتا الاعور السابقتا الذكر وحالة أخرى أذكرها على سبيل الاستدلال وهى أن شابا أصيب ذات يوم من رفصة فى بطنه بجوار مركز الاعور لم تترك أثراً ظاهراً وكان المصاب عصبى المزاج كثيراً ما يشكو الألم بسبب وبدون سبب وكانت درجة الحرارة طبيعية والنبض كذلك وهذا ما جعل بعضنا يظن أنه متصنع ويقصد الاضرار بضاربه ومع هذا فقد أدخل المستشفى ووضع تحت الملاحظة

استمرت الاعراض طبيعية مدة ثلاثة أو أربعة أيام وذلك مما شجع الفريق الذى يقول انه متصنع ولـكن فى صباح اليوم الخامس ارتفعت الحرارة ثم أخذت فى الازدياد حتى المساء وصبيحة اليوم الثانى وصلت الى درجة ٣٩٫٥ فى مساء ذلك اليوم مع تورم وانتفاخ فى موضع الاصابة وتوتر فى عضلات البطن الخ

فحضر صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا الجراح فى ذلك العهد وفتح مركز الاصابة فاتضح وجود التهـاب بريتونى موضعى متقيح منشؤه ثقب صغير فى الامعاء الغلاظ حدث بلا شك من الرفصة وقد رتقت البؤرة المتقيحة مؤقتا واعطى المريض الادوية المطهرة والقابضـة من الداخل ثم اعتنى بالجلد من الخارج وهكذا لم تمض مدة طويلة حتى شفى المريض تمـاما وخرج من المستشفى بدون أى تداخل جراحى خاص برتق الثقب المعوى ولا بد لنا من التنويه هنا بضرورة أعطاء هذه النواسير الفرصة الكافية الطويلة لتلتحم بهذه الطريقة وقد تبلغ الاثنى عشر شهراً كتقدير الاخصائين فى جراحة الامعاء فاذا مامضت هذه المدة بدون جدوى لابد حينئذ من الالتجاء الى العمليات الجراحية

اما النواسير البرازية المتصلة بالامعاء الدقاق فلا يسرى عليها هذا القانون ولا هذه النظرية وسنذكر حالة دقيقة جدا تحت نظرنا الآن من هذا النوع وموعدنا بها العدد القادم باذن الله

فحالة السيدة اذاً لم تلتحم من قبيل المصادفة كما يتبادر الى اذهاننا بل طبقا للتجارب العامة — ولو انها تختلف قليلا لاتصالها بالتجويف الرحمى

وهكذا فازت هذه السيدة وشفيت تماما وذلك بتدرعها وتدرعنا معها بالصبر ونجت من قوارص سهامنا ومباضعنا والله يشفى من يشاء وهو العليم الحـكيم

الحصوات الصفنية العجانية البولية

للدكتور محمود على الشركى

طبيب أول مستشفى الزقازيق

يستغرب القارئ عند اطلاعه على هذا العنوان لأن اذنه لم تتعود الاسماع الحصوات الكلوية والحويضية والحالبية والمثانية والبروستاتية والمجرية والحشفية حسب مجلس الحصاة وقد أعطينا هذا العنوان للحصوات البولية البلهارسية التى توجد منكبسة خارج المسالك البولية تحت جلد الصفن أو العجان أو تحتهما معاً كما يرى فى المشاهدة الآتية

محمد السيد خليل صناعته مزارع أجير فى ناحية شبرا النملة مركز بلبيس دخل المستشفى الاميرى بالزقازيق بوم ٥ مايو سنة ١٩٢٣ وتقيد تحت نمرة ٥٩٥ عمره ٤٠ سنة تقريباً متزوج ومن عوائده شرب الدخان ليس له سوابق زهرية ولا دوسنتارية أو حمية وكان يشكو وهو فى سن ٢٠ سنة من ألم عقب التبول مع خروج نقط دموية وتزداد هذه الاعراض عنده فى فصل الشتاء وكان يعتريه كل سنة تقريباً ألم فى الخاصرة اليسرى — نوبات مغص كلوى يسارى — يمكث نحو الساعة أو أكثر ثم يزول بدون أن يوجد فى البول رمال أو حصوات صغيرة ثم استشعر من نحو ثلاث سنين بوجود ورم فى العجان أخذ فى الازدياد شيئاً فشيئاً من أسفل الى أعلا الى أن وصل الى حسمه الحالى وكانت تعتريه الحمى زمناً مزمناً ثم تزول وقد استمرت معه أخيراً وطرأ عليه اسهال من نحو اربعة أيام وأمر بالحضور الى المستشفى

وبفحص المريض وجد ضعيف البنية منحط القوى عنده حمى ٤٠ سنتيجراد ونبضه سريع ١٢٠ فى الدقيقة واللسان لونه أحمر مسود جاف ولم يكن عنده علامات مهمة جهة الرئتين أو القلب والطحال غير متمدد والكبد متزايد

الاصمية عن الحالة الاعتيادية والبطن هابطة وعنده اسهال من مواد برازية سائلة محضرة عفنة الرائحة

وبالكشف على أعضاء التناسل لاحظنا عنده ورما كمثرى الشكل قاعدته لأعلى وقمته لاسفل يستدير فى الثلث العلوى من الوجه الخلفى للقضيب فى الصفن بين الخصيتين وينتهى فى العجان أمام فتحة الشرج بثلاثة قراريط وهو بارز ولون الجلد فيه طبيعى الا أنه لامع مما يلى قاعدة الورم ويوجد فتحتان صوريتان موضوعتان على خط أفقى واحد أسفل جذر القضيب بمقدار سنتى متر وبعيدتان عن بعضهما بسنتيمترين يخرج منهما افراز بعضه قيحى عفن وبجس هذا الورم وجد جامدا وبالضغط عليه من أعلا أو من أسفل تسمع تحت اليد صوتا كصوت احتكاك زلط أو حصوات على بعضها وبسبر الفتحتين قاوم جسم صلب حصوى منعه من الدخول الى أى اتجاه وبدخول المجس المثانى نمرة ١٢ دخل بسهولة بدون عائق فى المثانة ولم يحس فى المثانه باجسام غريبة والغشاء المخاطى لها يكاد يكون طبيعياً ولدى مرور المجس فى المجرى تحس اليد بوجود جسم صلب هو الورم الخارجى وبقسطرة المريض خرج بول لونه اصفر عكر ذو رائحة عفنة وببحثها مكروسكوبياً وجد خلاف الكرات القيحية بويضات بلهارسية معظمها مسود ميت ومتحجر ولم يحس الاصبع الداخل فى المستقيم بشىء مهم والبروستاتا طبيعية وقد جهز المريض للعملية يوم دخوله واجريناها له بمساعدة حضرة الدكتور كامل أفندى فرج طبيب ثانى المستشفى فى ذاك الوقت وطبيب مستشفى باسنا الآن

بعد التخدير الكلوروفورمى وعمل الظهر عملنا له شقا مقدما خلفيا على اتجاه طول الورم فظهر أسفل النسيج الخلوى بطانة من نسيج خلوى ناعم ملتصق بالجلد على هيئة اكياس شاملة للحصوات التى وجدت متعددة والبعض منها متعشق مع الآخر تعشقاً مفصليا بكيفية أن تحديب الواحدة يلامس تقعر

الاخرى والبعض منفصل عن بعضه بحواجز كيسية رفيعة ناعمـة ويتراوح حجم هذه الحصوات ما بين بيضة اليمام الى حجم الحمصة أو السمسمة الى اصغر من ذلك على هيئة رمال وهذه الحصوات الصغيرة والرملية كانت أيضا داخل أكياس خاصة بها ومرصوصة جانب بعضها بهيئة السبحة و بشكل مستطيل مختلف الاتجاه ويبلغ عدد الحصوات الكبيرة احدى عشر ووزنها ١٦٠ جم داخل خمسة أكياس اثنان على الخط المتوسط اعلى من بعضهما وفى اتجاه مجرى البول واثنان على الجانبين أسـفل الكيسين السابقين والكيس الخامس اسفلهما فى العجان . واما الحصوات الصغيرة فا كياسها تلى ذلك ولم يمكن عدها انما صار فصلها با كياسها وارسل بعضها الى مستشفى القصر العينى لبحثها ميكروسكو بيا عن التركيب الهيستولوجى لهذه الاكياس الخلوية وعن احتوائها على بويضات البلهارسيا ونوعها وشكلها وقد ورد الرد للمستشفى بتاريخ ٣ يونيه ١٩٢٣ من المعمل بان الميكروتوم لم تتمكن من قطع هـذه القطع وسيعمل منها تحاضير ميكروسكو بية فى فرصة أخرى

وما كان من السهل فصل الحصوات الكبيرة با كياسها اثناء العملية لان هذه الاكياس كانت ملتصقة التصاقا شديداً بالانسجة المجاورة

وفى ثانى يوم من العملية ابتدأت الاعراض العمومية فى التحسن ونزلت الحمى فى ثالث يوم وشوهد ارتشاح بولى فى الجرح فاخبرنا المريض الا يتبول الا بالقسطرة وأمرنا له بالقسطرة كل ٦ ساعات وهذه هى الطريقة التى نفضلها دائما فى أحوال عمليـة الحاجز البولية لان القسطرة المستديمة فى المجرى كثيرا ما يتسرب البول حولها وينتج عنها مضاعفات مؤخرة للشفاء كما ان الشق العجانى لا نفضله عن هذه الحواجز الا فى أحوال ضيق المجرى وصعوبة دخول القسطرة .

وبعـد ثمانية أيام امتنع ارتشاح البول من الجرح وسار الجرح الى الالتئام واخذ فى الشفاء وخرج المريض من المستشفى يوم ١٤ يونية ١٩٢٣ بعد ان

مكث تحت المعالجة أربعين يوما

ان هذه المجاهدة بالنظر لمجلس الحصوات وتكيسها وتجمعها وشكلها وحجمها ووزنها تعد من المجاهدات النادرة ولكونها الوحيدة التى رأيتها مدة اشتغالى فى المستشفيات قد ارسلت بها الى المجلة الطبية ولا اعلم هل عثر حضرات زملائى المشتغلين بالجراحة على مثل هذه المشاهدة اثناء عملهم الجراحى أم لا واخص بالذكر منهم سعادة صديقى المفضال الدكتور ظيفل باشا حسن وحضرات الاطباء الاول لمستشفى القصر العينى ومستشفيات الاقاليم

كنت أود ان يبين البحث الميكروسكوبى طبيعة نسيج هذه الاكياس حتى تتوضح لنا كيفية تكوينها وعما اذا كانت القطاعات محتوية على بويضات بلهارسية أو بلهارسيا جببية ولكن لما كان الرد غير واف بالمراد فلا يمكننا معرفة طريقة تكون هذه الحصوات خارج المسالك البولية الا فى سوابق المريض والاعراض التى كان يشكو منها وبالبحث الميكروسكوبى للبول . لا لايمكن القول بان المريض كان عنده حصاة قيحية أو غشائية تسربت الى الخارج من أسباب ميكانيكية أو عارضية لان سوابق المريض والوصف الطبوغرافى للحصوات داخل الاكياس وشكل وحالة الارتشاح البولى عقب العملية ينفى ذلك ولكن الذى لاشك فيه هو ان المريض كان عنده مرض البلهارسيوز وان الالاف من بويضات البلهارسيا قد نفذت من أعضاء المسالك البولية السفلى الى الانسجة الرخوة تحت الجلد ولم تستطع الخروج الى خارج فماتت وتحجرت من نفسها وكونت لنويات حصوية بعد ان أحدثت قنوات دقيقة رفيعة وان هذه الالاف البويضات كانت تحدث التهابا موضعيا بطيئا تفسره الحمى التى كانت تعترى المصاب زمنا فزمنا ومن هذه الالتهابات الموضعية البطيئة كانت تتكاثر خلايا النسيج الضام فتنسج جوهر هذه الاكياس التى تحيط بنويات هذه الحصوات التي أخذت تنمو وتزداد حجما شيئا فشيئا كلما تسرب اليها البول

ورسب باملاحه عليهـا وان كل مجموعة فى البويضات أخذت طريقا مخصوصا وعملت لها سكنا قائما بذاته وقد جاورت المساكن بعضهـا بعضا مع الزمن وبازدياد الحصوات فى الحجم وظهور مجموعات جديدة ولمـا كان كل سكن مستطرقا بقناة دقيقة خيطية موصلة الى المسالك البولية تسرب البول منها الى الحصوات ولم تظهر هذه القنوات الا بعد العملية الجراحية من ارتشاح البول فى الجرح وقد امتنع هذا الارتشاح بعد ثمانية أيام لانسداد هذه القنوات الرفيعة لما نمت الازرار اللحمية الجرحية وغطتها . هذا وان القليل جداً من البويضات الغير متحجرة امكنه الخروج الى الخارج وهو عبارة عن مجموعتين احدثتا الناصورين اللذين شوهدا على جلد الصفن السابق ذكرهما وهكذا فى كل وقت تأتينا البلهارسيا بالمشاهدات العجيبة ويجب بمناسبة هذه المشاهدة ان يضاف على قائمة الحصوات البولية الحصوات الصفنية العجانية البولية

حالة خراج فى الكبد

للدكتور اندراوس عريان

س . ف عمره ٢٠ سنة حضر الى بالعيادة فى ١٣ ديسمبر سنة ١٩٢٣ يشكو من الم فى الجانب الايمن لمدة خمسة وعشرين يوماً والالم يزيد عند التنفس أو السعال ويمتد للكتف الايمن ولا ينزل الى الاسفل وليس عنده قيئ ولم يكن عنده زحار مطلقاً به ارتفاع فى درجة الحرارة ولكنه لم يلتزم الفراش وانما يشكو من ضعف عام فى الجسم ونزول فى الوزن وعدم قابلية للاكل فحصت المريض فوجدت درجة الحرارة ٣٨° والنبض ١٠٠ . وفحصت الرئتين فوجدت محل الالم خشخشة التهاب بلورى ناشف ولكنها محصورة فى مكان صغير جداً لا تتجاوز مساحته نصف الريال

صمامات الـكبد خشبية فى الجزء العلوى ولـكنها ليست متزايدة الى اعلى ولم يمكن جس الـكبد من أسفل ولا الطحال كذلك

عددت الـكرويات البيضاء فى الدم فـكانت ستة آلاف فى المليمتر الواحد وعاودت ذلك ثلاث مرات فـكانت فى كل مرة منها كالمرة الاولى

فحصت المريض باشعة رنتجن فوجدت بالـكبد جزءاً عاوياً اكثر قتامة من باقى العضو وهو الموازى للصمامات الخشبية وفوق ذلك وجدت مثلثاً صغيراً وهو بلا شك البلورا الملتهبة التى تسبب خشخشة التهاب البلورا الناشف

وجدت كذلك أن الورقة اليمنى من الحجاب الحاجز عديمة الحركة بالـكلية وان القناة (Sulcus) بين البلورا والحجاب الحاجز انعدمت فى الجهة اليمنى وذلك ناشىء من التهاب البلورا أولا ومن ضغط الخراج ثانياً

أعطيت للمريض حقن امتين ٠٥ر٠ كل يوم وبعد خمسة أيام لم تتحسن حالته فاشرت عليه بعمل عملية جراحية قام بها الاستاذ على بك رامز وقد كانت من البساطة بمكان لان الصديد لم يكن غائراً فى الداخل بل كان على بعد ثلاث سنتيمترات فقط وبعد قطع الضلع لم يمكن خياطة الغشاء البلورى للصمامات لان غشائى فصل التجويف البلورى كانا قد التصقا وعملا سداً منيعاً عن التجويف البلورى — كذلك رأى أن الخراج صغير جداً ولم يزد مقدار الصديد عن (١٠٠) جرام ولم تمكث العملية أكثر من خمس دقائق

فمما يلاحظ على هذه الحالة

أولا : عدم اصابة المريض بالزحار مدة حياته وهذا متكرر الحدوث وأشار اليه كثيرون قبلى

ثانياً : عدم وجود تضخم فى الـكبد يمكن جسه من أسفل أو بزيادة الصمامات من أعلا وذلك ناشىء عن صغر حجم الخراج أما الصمامات الخشبية فقد تـكون مسببة عن سائل فى التجويف البلورى كذلك

ثالثاً : وجود خشخشة التهاب بلورى ناشف اذ ربما يظن بأن الالتهاب البلورى هو السبب فى حدوث جميع هذه الاعراض

رابعاً : عدم زيادة الكرات البيضاء — وهنا يجب أن أعترف بانه كان يجب عمل تعداد تنوعى للكرات البيضاء فاذا بلغت الكرات ذواة النواة المتعددة ٩٥ ٪ كان ذلك دليلا على وجود تقيح ولكن يلاحظ أن هذه النسبة توجد أحياناً فى التهاب ذات الرئة

خامساً : أهمية أشعة رنتجن فى تشخيص هذه الحالات اذا كان لها الفضل الاكبر فى الاهتداء الى تشخيص الخراج وهو بهذا الصغر من الحجم

سادساً : عدم امتصاص الخراج تحت تأثير الامتين فى مدة خمسة أيام ولكن هذه المدة قصيرة جداً للحكم على مفعول الامتين فى هذه الحالات فقد ذكر بوشادر انه رأى خراج الكبد باشعة رنتجن يتضاءل حتى ينعدم تحت تأثير الامتين ومركبات ٩١٤ وذكر الدكتور ظيفل باشا حسن فى احدى محاضراته كما شاهدت ذلك وشاهده كثيرون غيرى بأن حالات اكلينيكية كثيرة بها جميع أعراض خراج الكبد من تضخم وارتفاع فى درجة الحرارة وعرق والم وزيادة فى عدد الكرات البيضاء وفى نسبة الكرات ذات النوايا المتعددة تزول تحت تأثير الامتين وحده

وربما كان صغر حجم الخراج وحصره فى بقعة واحدة وعدم تمدد الالتهاب ناشئا من التأثير الذى احدثه الامتين قبل العملية

سابعا : وفى الختام أشير بان كثيرين من الجراحين يلجأون لعملية بذل الخراج بدل عمل العملية المعتادة بما فيها من اضرار استئصال جزء من الضلع وطول المدة اللازمة لشفاء الجرح وذلك منذ نشر روجرس كتابه عام ١٩١٣ وأشار الى ذلك أخيراً فيليب مانسون باهر وغيرهم عن خمسة عشر حاله

عالجها بهذه الطريقة ولقد أشار الى ذلك أيضا الدكتور ظيفل باشا حسن فى محاضرته السالف التنوية عنها

١ المجلة الطبية المصرية يونيه سنة ١٩٢٢ — ٢ لانست جزء اول سنة ١٩٢٣ صفحة ٩٤١

الحقن داخل الوريد

فى صدمة الجروح Wound Shock

للدكتور امين عوض الله

«ترجمة محاضرة الاستاذ بايلس مدرس علم الفسيولوجيا بجامعة لندن الطبية أمام الجمعية الطبية الملوكية نقلا عن المجلة الطبية الانجليزية»

أن الدكتور أوليفر منشىء هذه المحاضرات لم يأل جهداً فى الحث على أهمية فحص مقدار الضغط الدموى وقد خصص جزءاً عظيما من وقته لاستنباط طرق لفحص الضغط الدموى ولمعرفة نسبة الهيمو جلوبين المئوية فى الدم ولذا لا أجدنى فى حاجة الى الفات نظركم الى أهميـة تغييرات الضغط الدموى فى صدمة الجروح والى أهمية اعطاء الانسجة المقدار الضرورى من الاوكسجين

وهذا الاسم وهو صدمة الجروح قد اعطاه الدكتور Cowe'l لتلك الحالة الخاصة الناشئة من الاصابة وتظهر أعراضها فى الخمول العمومى للمراكز الحيوية وقد تؤدى هذه الحالة الى الوفاة مالم تقاوم

وقد استعملت اسماء الصدمة الجراحية Surgical Shock وصدمة الاصابة Traumatic Shock ولـكنى على العموم أفضل أن يبقى اسمها صدمة الجروح

ولهذه الحالة درجتان تسمى الاولى ابتدائية والثانية ثانوية وقد تكون احدى هذه الدرجات غير موجودة وقد يتحول النوع الاول الى النوع الثانى سريعاً

التعريف — الصدمة الابتدائية تحدث عقب الاصابة مباشرة وهى كثيرة الشبه بحالة الاغماء الشديد والهبوط ونقص الضغط الدموى ولها فائدة منع زيادة النزيف فاذا بقى المريض دافئاً وهادئاً أثناء نقله الى أقرب اسبتاليـة فقد يعود الضغط الدموى الى حالته الطبيعية وقد يحدث فى بعض الاحيان بعد أن يتحسن المريض جزئياً ظهور الصدمة الثانوية ويعقبها نزول الضغط الدموى ثانياً مع نتائجه المختلفة والضغط الدموى المنخفض ونتائجه هى أغلب وأظهر الاعراض فى حالة الصدمة الثانوية وهذا هو الجزء الذى يهمنا فى هذا المقام وعند الاشارة الى صدمة الجروح فيفهم طبعاً أن المقصود هو الصدمة الثانوية

سبب صدمة الجروح - ما هى طبيعة صدمة الجروح الحقيقية وما هو السبب الحقيقى فى سقوط الضغط الدموى بقطع النظر عن النزيف — هذه مسألة لم تزل غامضة للآن (١)

الاسباب الآتية

يمكن غض النظر عنها

أولا — نقص ثانى أوكسيد الكربون فى الدم Acapnea لان التنفس يزداد لدرجة يمكن بها ازالة كمية كبيرة من ثانى اوكسيد الكربون

ثانياً — ضعف الغدد الفوق كلوية لان الادرينالين يوجد بكثرة عند حصول الصدمة

---

(١) قد نشرت ابحاث جديدة فى المجلة الملاجية ووجد بعض الاطباء أن السبب الحقيقى للصدمة هو وجود مادة سمية Histamine فى الانسجة المصابة وسننشر ترجمة هذه الابحاث فى عدد آت من المجلة الطبية المصرية المعرب

ثالثاً — خمول المراكز العصبية — لان الانفعالات العكسية لا تقل لدرجة محسوسة الا فى حالة نزول الضغط الدموى مدة طويلة تسبب شلل المراكز لقلة الاوكسجين

رابعاً - ضعف حركة القلب - لانه عند انقباض الشرايين الصغيرة بتأثير جرعة من الادرينالين فان قوة القلب ترفع الضغط الدموى الى درجة عالية

خامساً — شلل الشرايين الصغيرة أو الاوردة خصوصاً فى مساحة البطن لانه ظهر بالمشاهدة عند عمليات فتح البطن أنه لا يوجد اتساع فى قطر هذه الاوعية

نظرية Exemia

والنظرية التى لاقت اقبالا عظيما للان هى تجمع ووقوف الدم فى الاوعية الشعرية بحيث انه يخرج من الدورة الدموية كما لوكان ينزف خارج الجسم

وقد أعطى اسم Exemia بواسطه الدكتور كانون لهذه الحالة وسواء كان يوجد نزيف أم لا فتقل كمية الدم فى الدورة الدموية والنتيجة الطبيعية لذلك هى نزول الضغط الدموى وعدم تموين الانسجة بالكمية الضرورية العادية من غاز الاوكسجين

ولكن لماذا يسبب نزول الضغط الدموى هذه النتائج السيئة التى تحتاج لعلاج سريع حاسم والجواب على ذلك ان تموين اعضاء الجسم بالدم الكافى يتوقف على ضغط الدم والدم يحمل الاوكسجين ويزيل ثانى أوكسيد الكربون والافرازات الاخرى وقد أظهر الدكتور جيسل ان كمية الدم التى تمر فى عضو من الاعضاء تقل عند نزول الضغط الدموى من ضغط عالى الى ضغط متوسط أكثر من قلتهما عند نزول الضغط من متوسط الى منخفض

وقد أظهر أيضا انه باضطراد نزول الضغط فان كمية الدم تقل بنسبة أكثر

من نسبة نزول الضغط الدموى نفسه وقد أكدت صحة هذه التجارب بنفسى والنتيجة العملية لذلك ان نزول الضغظ الدموى ولو نزولا جزئيا لا يجب ان ينظر اليه بغير أهمية

نتائج عدم تموين الاعضاء

بسبب نزول الضغط الدموى

ان التغييرات الباثولوجية التى تحدث فى الانسجة عندما يكون تموينها بالدم قليلا مشهورة ومعروفة وعلى سبيل المثال اذكر ما يأتى - انعدام افراز الكلى وضعف انقباض القلب بتأثير ضغط أقل من ٩٠ ملليجرام زئبق

والتغييرات التى تحدث فى خلايا الاعصاب والرجوع الى الحالة العادية يتم اذا عاد الضغط الى حالته الطبيعية بعد وقت قصير وقد وجدت بعمل تجارب فى القطط ان مراكز Vasomotor تفقد التهيج العكسى بعد مضى ساعة أو اثنين مع ضغط منخفض ومركز التنفس تنعدم قواه فى زمن أقل والتموين الكافى بالدم ضرورى أيضا لان المؤثرات الاخرى مثل البرد واصابة العضلات والاسفكسيا والمخدرات واحداث الحمض ووقوف حركة الدم مؤقتا لجزء كبير من الجسم قد يمكن ان لا تكون كافية كل واحدة على حدتها لان تحدث نتائج سيئة ولكنها تكون كذلك اذ اصبحت تفقد كمية قليلة من الدم ولو ان هذه وحدها ليست ضارة وقد قيل بان الغنغرينة الغازية يقف نموها اذا كانت الدورة الدموية جيدة وأخيراً فان افراز الكلى يتوقف مباشرة على الضغط فى الشرايين ولذلك فان افراز الاحماض والمواد السامة فى البول يقل بنزول الضغط الدموى

وبالتجربة ظهر ان أعراض الصدمة الاخرى تزول عندما يرتفع الضغط الدموى فمثلا التنفس السريع الغير عميق الذى يحدث من اصابة العضلات يصير

عاديا اذا رفع الضغط الدموى بواسطة حقن محلول الصمغ

ويظهر ان ما نسميه صدمة الجروح هو نتيجة تأثير مجموع اسباب مختلفة وهذه ليست واحدة فى كل الحالات ولكنها تكون واضحة الظهور عند ما تكون مصحوبة بنزيف ويندر جداً عدم حصوله ولو انه فى بعض الاحيان يكون غير غزير

ومن عهد اختراع آلة Riva Racci وتعديلاتها صار من السهل جداً معرفة مقياس الضغط الدموى وأصبح من الضرورى جداً مقياسه فى كل الحالات

طرق رفع الضغط الدموى فى صدمة الجروح

يجب أن نذكر مبدئياً أن الضغط المرتفع ليس هو المقصود لذاته بل ان ما نرمى اليه هو أن نزيد تموين الخلايا بالدم وبالاوكسجين خصوصاً الاعضاء الحيوية مثل المراكز العصبية والقلب ولهذا السبب فان استعمال الادوية القابضة يجب أن يمنع بتاتاً فانه فضلا عن أن تأثير هذه الادوية وقتى فان كميه الدم التى تصل الخلايا تقل لان ارتفاع الضغط ناشئ من انقباض الشرايين الصغيرة التى تحمل الدم

والطريقة المثلى هى أن تزيد كمية الدم الموجود فى الجسم وهذا يحدث ارتفاع الضغط بدون نقص فى كمية الدم التى تصل للخلايا

ومن الطبيعى أن يظن أن الحقن بالدم هو أحسن طريقة لذلك

ولا أقصد أن أناقش هذه الطريقـة بالتفصيل فالمتبرعين بالدم ليسوا موجودين دائما بعدد وافر ومن الصعب جداً حفظ كمية كبيرة من الدم تكفى لـكل الحالات بل يجب الاستعاضة عن الدم بمادة أخرى خصوصاً اذا كان يمكن الحصول عليها بكمية وافرة

ومن جهة أخرى يجب ان ابين انه من دواعى دهشتى العظيمة ان وجدت

حقن الدم لم يظهر افضليتها عن باقى المواد كما كان ينتظر واذا ظهر ان حقن محلول الصمغ فى حالة ما لم يأت بفائدة فان استعمال الدم يكون غير مفيد ايضا ومن الجائز ان جسم الانسان يدخر فى الاحوال العادية كمية معلومة من الهيموجلوبين بحيث ان الانسجة تأخذ كفايتها من أوكسجين من دم مخفف هذا اذا كان الجسم فى حالة راحة ثم ظهر من تجارب أخرى هذه الحقيقة المهمة وهى ان الدم المخفف مع ضغط مرتفع انفع وافيد من الدم الطبيعى مع ضغط منخفض وهذا ولاشك ناشىء عن الحقيقة السابق ذكرها وهى ان الضغط المرتفع انفع من الضغط المنخفض نسبياً أو ان نزول الضغط الدموى بمقدار الثلث يوازى نقص فى كمية الدم الواصل للخلايا بمقدار الثلثين أو أكثر

المحاليل المختلفة التى استعملت

اولا محلول رنجر Ringer's ولو انه استعمل تابعا فى أول الامر لم يأت بفائدة ما لا فى التجارب ولا فى الحالات العملية لانه يترك الاوعية بعد نصف ساعة تقريبا بينما يرجع الضغط الدموى الى حالته الاصلية او أقل

ولم ذلك — هذه المحاليل الملحية تختلف عن الدم فى نقطتين مهمتين الاولى قلة اللزوجة Low viscosity حتى ان كمية معلومة اقل تأثيراً من كمية مساوية لها من الدم الثانية عدم وجود مادة كولويدية لها ضغط أوزموتيكى Osmo-tic pressure والسبب فى ذلك ان الاوعية الدموية تنفذ منها الماء والاملاح ولكن لا تنفذ منها المواد الكولويدية ولذا فالضغط الاوزموتيكى للاخيرة شديد ويمنع مرور السوائل الى الخلايا بواسطة جذبها للماء ولذا يجب ان لا تقل المواد الكولويدية فى الدم وبخلاف ذلك اذا قلت فانها لا تمنع تسرب الماء بكميات وافرة تحت تأثير الضغط الدموى

ثانيا — محلول ملح مركز Hypertonic Saline استعمل هذا المحلول لمنع

تسرب السائل بواسطـة الضغط الاوزموتيكى ولـكنه يعمل ذلك فقط طالما كانت كمية الملح فى الدم أكثر من الـكمية الموجودة فى سائل الخلايا وبما ان الاملاح تنفذ من حائط الاوعية بسرعة عظيمة فقوة تركيزها تساوى حالا بين الجانبين وحينئذ تكون الحالة مشابهة لمحلول رنجر

وقد وجدت بالتجربة أن محلول ملح مركز بنسبة ٢ ٪ — فائدته لا تزيد كثيراً عن محلول الملح العادى وقد تكون فائدته فى أحوال الـكوليرا لاسباب أخرى لاتخصنا هنا ومحلول الملح المركز يسبب أوزيما كما يسببها محلول الملح الطبيعى وزيادة عن ذلك فان حقن محلول الملح المركز يحتاج لعناية خاصة شديدة وله نتائج سيئة أحياناً مثل لهثة التنفس وبطء حركة القلب فى القطط وقد أشير باضافة الجير اليه ليبين الاول لانه يسبب انقباض الاوعية ولـكن ذلك وقتى وقد وجدنا أنه غير مستحسن والثانى لانه ظن أنه يسبب تقليل نفوذ السائل من الاوعية الدموية ولذا يمنع الاوزيما

زيادة الحموضة Ocidosis

وأشار الدكتور كانون باستعمال محاليل قلوية (ثانى بى كربونات الصودا) لظنه بزيادة الحموضة فى حالات الصدمة ولذا يجب أن نذكر بالايجاز شيئاً عن هذا الموضوع وفى الحقيقة فان الدم لايكون أبداً حامضاً ولـكن مايحدث هو أن جزءا من ثانى بيكربونات الصودا الموجود طبيعياً فى الدم يصـير محايداً باتحاده مع حمض مثل حمض اللاكتيك الذى يتكون فى الخلايا بسبب قلة الاوكسجين والنقطـة المهمة هى معرفة ما اذا كان يحصل حقيقة زيادة تركيز فى زريرات الهيـدروجين Hydrogeni Jon Conceutration وهل يوجد زيادة حقيقة فى مقدار الحموضة وقد ظن بعض الباحثين بان هذه التغييرات هى السبب الحقيقى للصدمة ويحسن أن ينشر هنا بأن النتائج المختلفة التى

وصفت بأنها حادثة عن زيادة الحموضة هى الناشئة عن زيادة التركيز فى زريرات الهدروجين وقد اجريت بعض التجارب بنفسى فوجدت أنه يمكن اتحاد كمية توازى ثلث أو نصف ثانى بى كربونات الصودا مع حمض ثابت بدون احداث أى تركيز فى زريرات الهدروجين فى الدم وما هو سبب ذلك — أول تأثير لدخول حمض فى الدم هو طرد كمية من ثانى أوكسيد الكربون ولذا يزاد مؤقتاً تركيز زريرات الهدروجين لزيادة حمض الكربونيك ولكن بمجرد وصول هذا الدم الى مركز التنفس العصبى تزداد سرعة التنفس وتفرز زيادة حامض الكربونيك هذه بواسطة زيادة التهوئة فى الرئتين

وفى الحالة الطبيعية قد بين الدكتوران هالدين وبرستلى ان مركز التنفس العصبى سريع الاحساس لزريرات الهدروجين ويتأثر بها تأثيراً سريعاً وقويا

ولكن قد يقال فلنفرض ان مركز التنفس فقد حساسته بواسطة جرعة من المورفين مثلا فهل يزداد مقدار الحموضة فى الدم لدرجة مخيفة وقد جربت هذه الحالة المحتملة فوجدت ووافقنى على ذلك الدكتور Henderson انه طالما وجد أى كمية من ثانى بى كربونات الصودا فلا يمكن ان تكون زيادة زريرات الهدروجين الا قليلة فى الدم لان ثانى اوكسيد الكربون فى الغالب لا يمكن بقاؤه سائلا فى محلول والتغيير الحقيقى فى الدم فى التجارب التى قمت بها لم يزد عند الفرق بين قيمة تركيز زريرات الهيدروجين من ١ر٥٨ × ١٥ — ٧ والى ١ر٢٦ × ١٥ — ٧ وهذه كمية ضئيلة جدا ويمكن حدوثها باضافة ٠ر٠١ جرام من حمض اللنبيك الى ١٠٠٠٠ لتر ماء ولتغيير الدم الحمضى الى الدم الطبيعى يلزم فقط تخفيض ثانى اوكسيد الكربون فى الخلايا التنفسية الى نصف مقداره الطبيعى وهذا يمكن حدوثه بسهولة بواسطة التنفس

ويحسن أيضا ان نذكر بالايجاز اذا كان من الممكن ان النتائج الفيسولوجية المقال بحدوثها فى زيادة الحمض يمكن حدوثها بزياده ضئيلة فى تركيز زريرات

الهيدروجين كالزيادة التى تحدث فى الدم

تنبيه المراكز العصبية — المراكز العصبية الاخرى ما عدا مركز التنفس لا تتأثر بواسطة الحمض — القلب — أظهر الدكتور باترسون ان القلب يتأثر تأثيراً سيئاً بتنفس ٥ ٪ من ثانى أوكسيد الكربون ولكن لا يتأثر بكمية أقل من ذلك وهذا يوازى اتحاد ثلثى مقدار ثانى بى كربونات الصودا التى فى الدم لو فرضنا ان مركز التنفس فقد عمله

الشرايين الصغيرة — ان كمية ضئيلة من الحمض ١ فى ١٠٠٠٠ يسبب اتساع قطرها ولكن قوة تركيز زريات الهيدروجين فى محلول رنجر تزداد باضافة هذه النسبة من الحمض الى مقدار أكبر الف مره مما يمكن ان يحصل فى زيادة الحموضه

الاوعية الشعرية — قرر الدكتور سفرينى Sevriny انها (١ر٥٨ × ١٠ — ٧ الى ١ر٢٦ × ١٠ — ٧) تتسع بتأثير ثانى أوكسيد الكربون ولكن الدكتوران روى وجراهام لم يوفقوا الى هذه النتيجة والدكتوران ديل رشيارد أظهروا ان الحمض ليس له هذا التأثير

نقل الاوكسجين يبين الدكتور بانكروفت ان وجود الحمض فى الدم بينما هو لا يؤثر كثيراً على كمية الاوكسجين التى يمتصها الهيموجلوبين تحت حفظ الاوكسجين الاعتيادى فى خلايا الرئة فانه يقلل كمية الاوكسجين الممزوجة مع الهيموجلوبين فى انسجة الجسم ولو بحثنا لوجدنا ان فى ذلك فائدة لان الدم يصل للانسجة حاملا كمية من الاوكسجين مثل الطبيعية ولكنه يترك الانسجة بكمية أوكسجين قليلة ولذا فان حالة الحموضة تترك الانسجة مشبعة بتموين الاوكسجين — لزوجة الدم — ولو ان بعض الاطباء قرروا بان الحموضة تزيد هذه الخاصة لم يمكننى من التجارب التى عملتها ان اصل لهذه النتيجة — كرويات الدم الحمراء — قد أظهر الدكتور هامبرجر بانهـا تنتفخ فى وجود ثانى اوكسيد

الكربون ولكون ذلك لا يسبب زيادة اللزوجه يمكن ايضاحه بانها لا يزيد قطرها ولكنها تكون اكثر استدارة

انتفاخ المواد الكلويدية — قد ظهر بالتجارب ان هذه الحالة لا تحدث فى الدم (عمليات التأكسد)

بعض هذه التفاعيل ينخفض بوجود الحمض ولكن خلافها لا يتأثر وقد ظهر ان حامض اللنبيك يتأكسد بسرعة فى العضلات فى محلول حمضى على شرط وجود كمية كبيرة من الاوكسيجين

وفى حالة السكر تكون كمية ثانى بى كربونات الصودا قليلة ولكن حفظ الدم مرتفع فلا يمكن ان تدعى هذه الحالة حالة صدمة

النتيجة

وعلى العموم اخبرنى مخبر انه استنتج ان زيادة الحموضة بنفسها ليست عاملا مؤثراً فى الصدمة وان المحاليل القلوية لا يلزم استعمالها ووجود كمية قليلة من ثانى بى كربونات الصودا مع ذلك علامة من علامات قلة التموين بالدم وفى بعض حالات الصدمة التجريبية وجدت ان حقن محلول البى كربونات له فائدة لا تذكر وسريعة الزوال والنتيجة التى حدثت بسبب الحقن يمكن حدوثها من كمية السائل المحقونة واذا استدعت دواع اخرى اعطاء القلويات فيحسن اعطاؤها بواسطة المعدة أو الشرج والطريقة المثلى لعلاج زيادة الحموضة فى الانسجة هى زيادة كمية تموين الدم لها وهذا قد يبرهن على ان الزيادة الخفيفة من مقدار الحموضة قد يكون لها تأثير حسن بان تنبه مركز التنفس لتهوئة الرئتين تهوئة كافية

ومحاليل الاملاح على العموم نتائجها وقتية ويعقبها نزول فى الضغط الدموى

الاسباب الداعية لتفضيل مادة كولويديه Colloid

يجب اضافة مادة كولويديه لهذه السوائل لازالة اسباب النقص التى بها فما هى المواد الموجودة ويمكن استعمالها لذلك ؟ وبما ان هذه المواد الكولويدية يجب ان يكون لها ضغط اوزموتيكى وهذه الخاصة معدومة فى الغشاء والاجار فتستثنى هذه المواد مبدئيا

والمواد الازوتية يجب تركها أيضا خوفا من حدوث زيادة التأثير Anaphylaxis والدكسترين Dextrin ليس له لزوجة Viscosity

فلا يبقى عندنا للبحث من هذه المواد الا الجيلاتين والصمغ العربى

والجيلاتين له مضار وهى قابليته لنقل ميكروب التتانوس ولكن الضرر الاكبر هو امكان حدوث تجمد فى الدم داخل الاوعية كما بين ذلك ديل وريتشارد Dale & Richard

ومن حسن الحظ ان الصمغ العربى Gum arabic خال من كل هذه العيوب

ومحلول الصمغ العربى بنسبة ٦ ٪ وجد انه يرفع الضغط الدموى زمنا غير محدود فى حالات الصدمة الناشئة عن الجروح وفى الحيوانات السفلى أيضا وهو لا يترك الاوعيـة الدموية فضلا عن انه غير ضار بالمرة حتى بحقن كمية توازى نصف كمية الدم اى لتر ونصف فى الانسان

ولا يحدث تفتت فى الكرات الحمراء Hemolysis ولا تجمد فى الدم داخل الجسم ولا يزيد لزوجة الدم

وبما انه لا يوجد فيه مواد أزوتيـة فلا يوجد خوف من حدوث زيادة التأثر اذا احتاج الامر لحقنة أخرى وبعمل التجارب فى الارنب الرومى لم يحدث هذا العارض ولو ان الصمغ يظهر بانه مادة غريبة لو دخلت الجسم فان تركيبه كيماويا ليس له تأثير ضار وليس غريبا عن الجسم الحى وهو مكون من

مستخرجات جلاكتوز وارابينوز Galactose & Arabinose والجلاكتوز سكر طبيعى موجود فى اللبن والارابينوز يوجد فى البول فى حالة الافراز الزائد Pentosurio ويظهر انه يستخرج من الجلاكتوز بفصل ثانى أوكسيد الكربون

والانواع التجارية تحتوى كميات قليلة من البوتاسيوم والجير فلا حاجة لاضافتها وكل ما يلزم هو اضافة ٠٫٩ ٪ من ملح الطعام وماء عادى ويجب ترشيح المحلول بواسطة قطعة قماش أو أى شىء آخر مناسب ثم يعقم جيدا

ونسبة ٦ ٪ هى أنسب وأحسن مقدار للاستعمال وقد وجد ان نسبة ٣ ٪ من الصمغ أفيد بكثير من محلول الملح الطبيعى ولو ان ضغطها ليس فى أعلاه

وقيمة محلول الصمغ طبعا أقوى مفعولا وسرعة بعد حالات النزيف وبالتجربة ظهر ان له قيمة كبيرة فى علاج الصدمة كما بين ذلك الدكتوران كويل ودرمند Cowell & Drummond ولا ينتظر ان يكون له قيمة عند ما تفقد المراكز العصبية فى البصلة قوة حساستها ولكن فى هذه الحالة قد وجد ان حقن الدم نفسه ليس له أى تأثير

وقد يتردد الطبيب قبل أن يفكر فى عمل حقنة من الدم لمريض يظهر أنه لا أمل فى شفائه ولكن فائدة الصمغ هى أنه لا يوجد قيد ما لاستعماله

ومن ضمن هذه الحالات تلك الحالة التى نشرها الدكتور Cowell وهى حالة خطرة جداً عند وصوله لاستقبالية الاسعافات الاولية فرجع الى حالته الطبيعية وشفى بعد حقنة محلول الصمغ داخل الوريد .

التجارب التى عملت لبيان

فائدة المحلول

وبعد أن اتضحت فائدة محلول الصمغ فى حالات صدمة الجروح بدىء فى

أجراء بعض التجارب على القطط ولا أعرف مقدار تأثيره فى حالات سقوط الضغط الدموى الغير ناشئة من النزيف فقط.

ويجب أن نلاحظ أن هناك ما يبرر الاعتقاد بأنه فى كل هذه الحالات يخرج الدم من الدورة الدموية الى محال اخرى ويمكن تعويض الدم الفاقد بمحاليل مناسبة وبذا يحصل الشفاء

ويمكن احداث حالة تشابه الصدمة بتعريض الحيوان للبرد مدة طويلة وبالاسفكسيا والانيميا المحلية وفى حالات أخرى بحقن الاحماض وجميع هذه الاحوال تصير خطرة متى صحبت بنزيف قليل ويمكن علاجها بنجاح بمحلول الصمغ

وقد بين الدكتور ارلنجر Erlanger وزملاؤه أن الصمغ يحبس السائل فى الاوعية فى كل الحالات التى جربوها

الصدمة فى اصابة العضلات

Shock in inguries of Muscles

ربما كان أحسن انواع الصدمة التجربية هو المسبب عن هرس العضلات وقد بدأت هذه التجربة بمساعدة الدكتور Connon وقد ذكرنى منظر العضلات بمنظر اصابة العضلات بالجروح النارية بالقنابل فى فرنسا والحالة العمومية تشبه أكثر من غيرها حالات صدمة الجروح وقد لفت نظرنا الدكتور Wallace الى كثرة حدوث الصدمة عند ما تكون اصابة العضلات شديدة والكسور المركبة والجروح المتعددة غالباً يتبعها صدمة شديدة أو خفيفة حسب الظروف ففى احدى هذه التجارب حدثت اصابات جسيمة فى فخذ قط نزع منه المخ أو وضعت تحت التخدير بالاتير فنتج عن ذلك سقوط أولى فى الضغط الدموى ثم عقب ذلك سقوط آخر مستمر ويمكن ملافاة ذلك ورجوع الضغط الى حالته

الطبيعية باستمرار بواسطة حقن محلول الصمغ ويظهر ان السبب فى سقوط الضغط الدموى هو امتصاص مواد توكسينية Toxins [1] من الانسجة المتلفة حيث شوهد ان هذه الاعراض تحدث بنفسها حتى قطع النخاع الشوكى كى يمنع التغيير العكسى Reflex excitubility وهذه المواد اما ان تتأكسد أو تفرز اذا كان الضغط الدموى عالياً

وهذه المواد ليست حمض اللينبك كما يخطر للذهن من أول وهلة لان حقن حمض اللينبك فى حالة نزول الضغط الدموى ظهر انه مفيـد لا يضر ومحلول القلويات لا فائدة منه وتدليك العضلات المصابة ينتج منه زيادة نزول الضغط الدموى مع اتساع الاوعية المعوية وهذه الحقيقة مهمة جداً بمناسبة الفائدة العظيمة التى تنتج من تثبيت الكسور التى فى الفخذ بواسطة الجبائر الحاجبة فى فترة انتقال الحالات الى الاسبتاليات الاولية

اضطراب التنفس فى الصدمة

يجب ان نذكر هنا حالة التنفس التى شوهدت فى هذه الحالات التى هرست فيها العضلات فقد شاهدنا مرارا ان التنفس فى صدمة الجروح يكون سريعاً ولـكنه غير عميق واحيانا يكون مصحوبا بتنهد وهذه نفس الحالة فى القطط وقد وجدنا ان التنفس يعود لحالته الطبيعية بسرعة مدهشة بعد حقن محلول الصمغ وسبب هذه الاعراض يحتاج لزيادة البحث والايضاح

وقد تحدث هذه الاعراض بعد النزيف ولـكن فيما يختص بتجاربى الشخصية قد وجدت ان نزول الضغط الدموى وحده كما يحـدث من ايقاف القلب مؤقتا أو بحقن جرعة من acetyl - cholin لا يحدث هذه الاعراض

---

(١) وهذا هو نفس ما قرره الدكتوران Dale & Laidlow فى ابحاث جديدة نشرت حديثا وتستمر هذه الابحاث التى اشرنا اليها سابقا

الاحوال التى يكون فيها محلول الصمغ له فائدة عظيمة

اولا — النزيف الشديد من جروح البطن ومن الاوردة

ثانيا — الاحوال التى لم يحدث فيها نزيف شديد ولا صدمة شديدة ولكن حصل لها نزول فى الضغط الدموى بعد العملية

ثالثا — الحالات التى يظهر عليها صدمة شديدة ويكون النزيف قليلا وبعض هذه الحالات كان مصحوبا بالغنغرينة الغازية

الخلاصة

يظهر من كل الاعتبارات المتقدمة ان العامل المهم فى علاج صدمة الجروح بنجاح تام هو زيادة تموين الجسم بالدم أى بالاوكسجين للاعضاء الحيوية خصوصا للمراكز العصبية ويمكن اجراء ذلك بواسطة عمل حقن من محلول الصمغ فى الوريد وهذا المحلول يظهر انه لا يقل قيمة عن الدم النقى نفسه وعند حصول نزيف شديد جداً يمكن عمل الحقنة بالدم واذا ظهرت فائدة لثانى بيكربونات الصودا يحسن اعطاؤها بواسطة الفم أو الشرج ولكن لم يثبت بالدليل القاطع ان الاعراض التى تزول بواسطتها لا يمكن زوالها بصفة أتم برفع الضغط الدموى

ويظهر انه من الخطأ ازالة زيادة الحموضة الخفيفة التى تموت فى الدم لان ذلك مفيد فى تنبيه مركز التنفس ولا يوجد دليل ثابت على ان زيادة التركيز الخفيفة فى ذريات الهيدروجين التى تموت بعض الاحيان ولكن ليس دائما مضراً فى ذاته

ملاحظات عن الطاعون الدملى

باسكندريه سنة ١٩٢٢

الدكتور عبد الواحد الوكيل

مساعد مفتش قسم الاوبئة بصحة بلدية اسكندريه

القى حضرة الدكتور نجيب افندى قناوى مفتش الاوبئة باسكندرية محاضرة قيمة عن الطاعون وانتشاره فى هذه المدينة عام ١٩٢١ ونشرت تلك المحاضرة فى عدد المجلة لشهر سبتمبر سنة ١٩٢٢ . فتتميما للفائدة رأيت أن أكتب هذه الملاحظات عن انتشاره فى سنة ١٩٢٣ أى عن العام التالى .

لقد راجعت احصائيات الطاعون فى مدينة الاسكندرية من سنة ١٩٠٦ الى سنة ١٩٢٢ أى للسبعة عشرة سنة الاخيرة فوجدت أن الاصابات لم تنقطع فى سنة منها وانما تتخللها مدد تتراوح بين ستة وثلاثة يكون فيها المرض قليل الانتشار ولكنه يندفع فجأة بعدها الى الكثرة ويظل كذلك مدة ثلاث سنوات أخرى يتناقص فيها رويدا .

وهذا مطابق للحقيقة المعلومة وهى أن الطاعون يسكن موانى الشرق دائما وانه أشبه بالبركان تخمد أنفاسه ردحاً من الدهر ولكنه يعود فيثور ويلقى حممه فطاعوننا الحالى هاجم الاسكندرية سنة ١٩٢١ بعد اربع سنين من السكون النسبى وبما أنه لا ينقطع فجأة فان سنة ١٩٢٢ جريا على القاعدة لم تكن الا فصلا ثانياً من المأساة . سيليه فصل آخر . وقد حققت الايام ذلك الامر . واذا صدق هذا كان لنا أن نتوقع أن ذلك الضيف الثقيل الذى زار بلاد الصعيد فى عام ١٩٢٣ ربما يحل فيها ضيفاً أيضاً عام ١٩٢٤

وليس بخاف أن سبب اتساع مرض الطاعون هذه السنة هو صعوبة

محاربة الجرذان محاربة وافية . خصوصاً فى مدينة كالاسكندرية التى بها ميناء عظيم ومخازن ودكاكين ومنازل كثيرة العدد بخلاف مجارى الصرف و بذلك تبقى جرثومة الطاعون مختفية من عام الى عام بشكل طاعون مزمن بالجرذان

وبمناسبة تأثير مجارى الصرف على انتشار الطاعون اذكر هنا أن ذلك الوباء انتشر فى سنة ١٩٢١ فى جهة بقسم كرموس اصطلحنا على تسميتها (طيبة وضواحيها) والقى عصا تسياره فى تلك البقعة مدة طويلة وقد علمت من مدير هندسة المجارى بالبلدية أنه فى العام السابق كان قد انتهى من ايصال احدى المجارى العامة الى تلك الجهة وهذا ما جعلنى افكر أنه كان لهذا العمل تأثير على حياة الجرذان فى ذلك الحى اذ انه ربما أتى اليه بقبائل جديدة من جهات أخرى أو انتج حركة غير عادية فى ذلك العالم السفلى كان من نتائجها ظهور الطاعون فى السكان ولم ينقطع الطاعون عنها الا بعد تطهيرها ثلاث مرات متواليات تطهيراً عمومياً شديداً .

كان انتشار الطاعون سنة ١٩٢١ فى جهة طيبة المشار اليها وفى جهة أخرى (تراب بالمنشية) وجهة ثالثة (قبو الملاح) وتكررت الاصابات الاولى فى تلك الجهات تكراراً دل على تركز منبع العدوى فيها ولكنه فى أواخر سنة ١٩٢١ وفى سنة ١٩٢٢ غير طريقة هجومه فتشعع فى المدينة وظهر بشكل اصابات افرادية هنا وهناك . وهذا فى الحقيقة ماكان منتظراً من انتشار الجرذان ومن تأثير عمليات التطهير فان الجرذان تهرب من ثقوبها بسبب التنغيص الذى تجده من المصائد والسم والقاء المطهرات والزجاج الخ فتتفرق فى كل جهة

ولم يبد الطاعون سنة ١٩٢٢ ميلا للتركز الا فى جهة واحدة (البوصيرى بالجمرك) ولكن اجراءات التطهير أديرت بكيفية بديعة كان من نتيجتها حصر الاصابات فى مثلث ، ضلعان من أضلاعه على شاطىء البحر فكان تتابع

الاصابات فى ذلك المثلث متجها لجهة واحدة أمام التطهير وأوقف المرض نهائياً بنجاح بعد حدوث عشر اصابات

ولا ريب أنه من أشق الامور ايقاف وباء يبدو بشكل اصابات افرادية متفرقة فان معنى ذلك هو أن هناك عدداً من الجرذان المريضة منتشر فى أحياء المدينة ربما أن كل اصابة قد تكون منبعاً لوباء جاء جديداً فانها لذلك تحتاج لتطهير عمومى فى عدد كثير من مربعات المنازل المحيطة بها فيتوزع الجهد والعمل وربما كان فى الامكان تطهير قرية باجمعها بسرعة وايقاف المرض ايقافاً تاماً ولكن ليس من المستطاع تطهير مدينة كاملة كالاسكندريه ومن هنا ومن سهولة المواصلات والازدحام نشأ سبب التشعع المتعب وهو ما يجب أن يعنى المرء بمنعه عند انتشار وباء ما . اذ ربما بقى المرض بهذه الصفة الافرادية مدة طويله يكون فيها سيف (ديمقليس) معلقاً على رأس المدينة لينقض فى أى وقت .

ان الوسائل التى لدينا لمكافحة الطاعون هى التطهير والتطعيم الواقى أما الاخير فليس لى اختبار كاف عن مفعوله الا ما هو مذكور فى الكتب وذلك لان العدوى باسكندرية لم تكن بالشدة التى تسيغ عمل تطعيم عمومى . فعسى ان الزملاء الذين كانت لهم فرصة استعماله يبدون رأيهم الصائب فيه . أما التطهير فلاشك ان له تأثيراً جيداً فى مكافحة هذا الوباء . ولكنه لم يعط النتائج المبتغاة منه كلها . فاننى استطيع ان اذكر أحوالا تكرر فيها الطاعون فى جهة جرى تطهيرها من قبل وربما كان من الموافق فى رأيى ان كل منزل تحدث فيه اصابة بالطاعون يطهر أكثر من مرة خصوصا من جهة ثقوب الجرذان . فان هذه الحيوانات الماهرة تستطيع بسهولة ان تفتح لنفسها بابا آخر غير باب الثقب الاصلى الذى جرى سده بالزجاج والحجارة كما تحققنا كثيراً فى تطهير المنازل باسكندرية

وقد جمعت فيما يلى احصائيات الطاعون باسكندرية سنة ١٩٢٢ ويمكن ايجاز الملاحظات الهامة فى النقط الآتية :

(١) حدثت اصابات الطاعون فى كل قسم من أقسام المدينه الا قسم الرمل فقد احترمه ذلك الداء الوبيل ولم ينتهك حرمته فى سنتى ٢١ و ٢٢ وهذا ناتج من انه لا توجد صلة سهلة بين جرذان المدينة وجرذان ضاحيتها فان ذلك الحى (الارستقراطى) يفصله عن المدينة فضاء رملى وحدائق وشوارع واسعة فضلا عن نظافته وطلاقة هوائه وعدم ازدحامه . وكان اكثر الاقسام اصابة (الجمرك) ويليه (كرموس) (فالعطارين) بينما ان (كرموس) كان أول اقرانه فى هذا الباب سنة ١٩٢١ وتلاه (المنشية) ثم (الجمرك)

(٢) بدأت الاصابات بالكثرة فى شهر ابريل وبلغت أوجها فى يونيو ثم انحدرت رويدا فى الثلاثة شهور التالية

(٣) كان اكثر الاعمار اصابة بالطاعون (١٠ — ٢٠ سنة) ثم (٢٠ — ٣٠ سنة) ثم (٣٠ — ٤٠ سنة)

(٤) حدث سبعون اصابة ٦٠ منها من المصريين منهم (٥٠ ذكور و ١٠ اناث) و ١٠ من الاجانب (٨ ذكور و ٢ اناث)

(٥) حدثت اغلبية الاصابات بصفة اصابة واحدة فى منزل واحد لم يشذ عن ذلك الا اربع اصابات حدثت فى منزلين . ومما يدل على تشعع المرض ان الاصابات السبعين حدثت منها ٦٠ اصابة فى ٦٠ مربعا وان خمس مربعات حدث بكل منها اصابتان

(٦) ان (البوبونات) ومواضع ظهورها تبعث كالعادة النتيجة المنطقية لطريقة عدوى الطاعون ذلك بان نيفا و ٤/٥ الاصابات ظهرت بالفخذ أو الاوزيته

(٧) ان الوفيات بلغت ٣٦ من ٧٠ اصابة أى بمقدار ٥١ ٪

احصائيات عن اصابات الطاعون حسب الاقسام باسكندرية سنة ١٩٢٢

الشهور	الجمرك	المنشية	اللبان	العطارين	مينا البصل	كرموس	محرم بك	الحضره	الرمل	بدون عنوان	المجموع
يناير	—	—	—	١	١	١	—	—	—	—	٣
فبراير	—	٢	—	—	—	—	١	—	—	—	٣
مارس	—	—	—	—	—	١	—	٢	—	—	٣
ابريل	٤	—	—	٢	١	٢	—	٢	—	—	١١
مايو	١	—	—	١	١	٣	١	—	—	—	٧
يونيه	١٠	٢	٢	٢	٢	٢	١	—	—	—	٢١
يوليه	٢	—	—	٣	١	٢	١	—	—	—	٩
اغسطس	١	—	—	٢	١	٢	—	—	—	١	٧
سبتمبر	١	—	—	—	١	١	—	—	—	—	٣
اكتوبر	—	—	—	—	—	١	—	—	—	—	١
نوفمبر	—	—	١	١	—	—	—	—	—	—	٢
ديسمبر	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
المجموع	١٩	٤	٣	١٢	٨	١٥	٤	٤	—	١	٧٠

احصائية عن اصابات الطاعون بالنسبة الى (السن) سنة ١٩٢٢

الشهور	من صفر الى ١٠	١٠ — ٢٠	٢٠ — ٣٠	٣٠ — ٤٠	٤٠ — ٥٠	٥٠ من فوقه	المجموع
يناير	١	١	١	—	—	—	٣
فبراير	—	١	—	١	—	١	٣
مارس	—	٣	—	—	—	—	٣
ابريل	٢	٥	٢	١	١	—	١١
مايو	١	٣	١	—	٢	—	٧
يونيو	٣	٨	٥	٣	٢	—	٢١
يوليو	١	١	٢	١	٢	٢	٩
اغسطس	—	٣	٢	٢	—	—	٧
سبتمبر	—	١	١	١	—	—	٣
اكتوبر	—	—	—	—	—	١	١
نوفمبر	—	١	١	—	—	—	٢
ديسمبر	—	—	—	—	—	—	—
المجموع	٨	٢٧	١٥	٩	٧	٤	٧٠
النسبة ٪	١١ر٤	٣٩ر٥	٢١ر٤	١٣	١٠	٥ر٧	١٠٠

اصابات الطاعون حسب (المنازل) سنة ١٩٢٢

اصابة واحدة	٦٦ منزلا	٦٦ اصابه
اصابتان	٢ »	٤ اصابات
أكثر من ثلاثة اصابات	—	—
المجموع	٦٨	٧٠ اصابه

احصائية عن اصابات الطاعون بالنسبة الى (الجنسية) سنة ١٩٢٢

الشهور	مصري			اجنبي			المجموع
	ذكر	انثى	الجملة	ذكر	انثى	الجملة	
يناير	٢	—	٢	—	١	١	٣
فبراير	٢	١	٣	—	—	—	٣
مارس	٣	—	٣	—	—	—	٣
ابريل	٩	١	١٠	١	—	١	١١
مايو	٥	١	٦	١	—	١	٧
يونيو	١٤	٥	١٩	٢	—	٢	٢١
يوليو	٥	١	٦	٢	١	٣	٩
اغسطس	٦	—	٦	١	—	١	٧
سبتمبر	٣	—	٣	—	—	—	٣
اكتوبر	١	—	١	—	—	—	١
نوفمبر	—	١	١	١	—	١	٢
ديسمبر	—	—	—	—	—	—	—
المجموع	٥٠	١٠	٦٠	٨	٢	١٠	٧٠
النسبة ٪	٧١ر٤	١٤ر٣	٨٥ر٧	١١ر٥	٢ر٨	١٤ر٣	١٠٠

اصابات الطاعون حسب المربعات سنة ١٩٢٢

اصابة فى مربع واحد	٦٠ مربع	٦٠ اصابة
اصابتان « «	٥ «	١٠ «
اكثر من اصابتين فى مربع واحد	—	—
المجموع	٦٥ «	٧٠ «

اصابات الطاعون حسب البوبونات سنة ١٩٢٢

الجهة	العدد	النسبة ٪
عنق	—	—
نكفيه	١	٤ر١ ٪
ابط ايمن	٣	٣ر٤ ٪
» ايسر	٦	٥ر٨ ٪
ابطان	—	—
فخذ أيمن	٣٦	٥ر٥١ ٪
» ايسر	١٨	٧ر٢٥ ٪
فخذان	—	—
ابط وفخذ	—	—
٣ بوبونات	—	—
٤بوبونات فخذين ونكفتين	١	٤ر١ ٪
بدون بوبون	٥	٢ر٧ ٪
الجملة	٧٠	١٠٠ ٪

الامراض وتطور الامم

بقلم الاستاذ هندل

ترجمها بتصرف الدكتور محمود أباظه

طالما كانت عوامل نهوض الامم وتأخرها موضوع مناقشة المؤرخين وعلماء الاقتصاد وعلماء الاخلاق وقد أدلى كل فريق بنظريات شتى فى هذا الموضوع ليقيم بها الدليل على سر اضمحلال عدة شعوب . فعزى بعضهم ذلك الى فساد الاخلاق العامة والخاصة ابان تلك العصور وما لهذه من الاثر فى حياة الامم وعظمتها وذهب البعض الآخر الى القول بذلك الاعتقاد أن المدنية تتجه فى سيرها نحو الغرب ولا يتسع المجال الآن لمناقشة هذه النظريات ولكنى سأقصر بحثى على نقطة هامة اغفلها المؤرخون وهى تأثير المرض على تطور الامم وعلى الاخص الأمراض الطفيلية .

لا يمكن الوقوف على مبلغ التأثير العظيم الذى أحدثه انتشار الامراض الطفيلية فى كثير من الامم الغابرة الا بعد المعرفة الدقيقة لآثارها فى اخلاق الافراد وأحوالهم وأن هناك ادلة قوية تؤيد هذا الرأى الذى نقول به وهو أن انتشار الامراض كان ولا يزال العامل العظيم على تدهور المدنيات الغابرة غير أنه قبل الخوض فى أسباب الاخذ بهذا الرأى يجب أن نذكر بالايجاز قليلا من العوامل الاخرى التى تؤثر على مظاهر المدنية ونحوها .

ولعل أهم حلقة فى سلسلة المدنية هى تلك التى بدأت بانتقال القبائل من حالة البداوة الى حالة الحضارة وسكنى المدن والاستتباب فيها ثم تقدم الاحوال الزراعيـة وتوفر أسباب المعيشة . فمن منابع مستديمة للماء الى حرارة طقس تساعد على نمو الحاصلات على مدار السنة أضف الى ذلك توفر مواد البنـاء والتعمير وعلى ذلك نرى أن المدنيات القديمة كان أصلها فى البلدان الحارة

كوادى النيل والعراق والهند والصين . وكما أن الحرارة والرطوبة عاملان كبيران على انماء الحاصلات فهما أيضاً من بواعث نمو الامراض الطفيلية التى من أهمها مرضى الملاريا والرهقان (الانكلستوما) وهذه الطوارئ الطبيعية كثيراً ما ساعدت على نشوء أنواع أخرى من هذه الطفيليات .وكان منشؤها فى تلك البلدان أكثر منه هو فى البلدان الباردة ولذلك نشاهد أن أنواع الحيوان والنبات كثيرة جداً فى المناطق الحارة ذات الرطوبة منها فى البقاع الاخرى من العالم فلو حولنا نظرنا الى هذه الوجهة لرأينا أن الامراض الطفيلية كالملاريا والديدان أشد خطراً عل سير المدنية ونهوضها من الامراض الناشئة عن الميكروبات وذلك لان الامراض الطفيلية محدودة الانتشار اذ هى تتبع الجو المناسب الحار الرطب ولهذاكان وجودها قاصراً على تلك البلدان وتنشأ وتزيد فيها وهى تنتشر فى أغلب الاحيان بواسطةذباب قارص أوحشرات أخرى تنقل المرض من شخص الى آخر وبغير تلك الواسطة لا تكون هناك عدوى . أما الامراض ذات الميكروبات فدرجة انتشارها غير محدودة : لان وسيط العدوى يحمله الهواء أو الماء . ولا تأثير للاحوال الجوية عليه الا فى حالة البرد الشديد . ولذلك نجد أن مرض الانفلونزا وهو وباء ميكروبى يطوف العالم بل وأغلب الامراض المعدية الاخرى كالسل والالتهاب الرئوى والتيفود لا وطن لها بخلاف الامراض الطفيلية فهى لا تنتاب الا بلاداً مخصوصة تفتك باهلها وتضعفهم ضعفاً عظيما وهاك مرض النوم مثلا . وهو الذى ينقل بواسطة ذباب مخصوص قد فتك بسكان افريقيا فتكا ذريعاً اذ أهلك ما لايقل عن ٢٠٠٫٠٠٠ نفس من مجموع سكان (بوسوجا) الذى لا يتجاوز ٣٠٠٫٠٠٠ نفس . بينما نرى بلاداً أخرى مجاورة لها تكاد تخلو من هذا المرض خلواً تاماً : على أنه يوجد فرق عظيم بين تأثير الامراض الميكروبية وتأثير الامراض الطفيلية فى جسم الانسان فالاولى لها مجرى معلوم وقلما أزمنت اذ المريض اما

أن يشفى تماما وأما أن يذهب ضحيتها بخلاف الامراض الطفيلية فانها تزمن فاذا مرض بها شخص يستمر المرض معه سنين طويلة فيضعف الشخص رويداً رويداً وتقل مقدرته على القيام باعبائه كعضو عامل فى مجموع الامة ويكون المريض سبباً كبيراً فى نشر المرض بين المجموع الذى يعيش فيه وينتاب الامة الضعف الذى ينهك قواها وهى غير مستشعرة بما يصيبها والسبب يرجع الى عدم ظهور المرض فى نسبة عدد الوفيات التى هى الحكم فى حالة الامة الصحية . ولنعد الآن بعد هذه الملاحظات العامة الى تاريخ المدنيات لنطبق نظريتنا عليها ولنرى ما اذا كانت الامراض الطفيلية وعلى الاخص الملاريا من أهم العوامل التى أدت الى سقوط تلك الامم .

بلاد بين النهرين

غير خاف أن بلاد بين النهرين كانت مهد الحضارة العربية فان خصوبة ارضها وهباتها الطبيعية كانت عظيمة جداً فساعدت كثيراً على الرخاء والرقى وقد تداولت هذه البلاد ممالك مختلفة كثيرة العدد كانت الواحدة تنمو وترتقى ثم تنحط وتزول ثم يأتى غيرها فيشيد مملكة أخرى على انقاضها ويكون حظها حظ سابقتها وهكذا توالت عدة ممالك الى أن انتقلت المدنية كلية الى اوربا - ولما كان تاريخ تلك الممالك القديمة غامضاً ومبعثراً فمن الصعب الاسترشاد به لاثبات نظريتنا غير أن طبيعة البلاد وجوها يحدو بنا الى الاعتقاد بل ويؤيد الظن بأن حمى الملاريا كانت من العوامل العظيمة فى سقوط مدنيات هذه الممالك المتوالى .

وقد نلاحظ الآن أن بلاد بين النهرين هى مركز وبائى عظيم لحمى الملاريا وهو ما يدعو الى الاعتقاد بعدم احتمال قيام أمم على غاية من المدنية والرقى فى تلك البقاع فى غابر الازمان وقد قال الاستاذ (سايس) أن البلاد التى بين

دجله والفرات لابد وانها كانت مصابة بحمى الملاريا وكانت أحوالها غير صحية يدل على ذلك وجود مستنقعات تساعد على نمو البعوض ولان التاريخ يشير الى وجود أمراض اذا طبق العلم الحديث عليها علمنا أن منها حمى الملاريا ولقد شوهد أيضاً أن المدنية كان بدء ظهورها فى بلاد الشرق ثم توارت ثم ظهرت فى الامم الغربية وذلك يوافق ما ذهب اليه من أن حمى الملاريا كانت تنتقل هى أيضاً من أمة تفنى الى أمة تظهر على أنه قد لوحظ أن الدولة التى كانت تقوم على انقاض دولة سبقتها كانت تأتى من مناطق خالية من هذه الامراض فتعيش مدة من الزمن على تلك الحال الى أن ينتابها المرض فيعمل عمله فيها فتضعف ثم تزول وتترك مكانها لدولة أخرى غيرها وهكذا

اليونان والرومان

وصف اليونان امراض حمى الملاريا وصفاً دقيقاً يكاد يكون هو المعروف اليوم عنها وكان ذلك حوالى سنة ٤٥٠ قبل الميلاد ويحتمل ان هذا المرض انتقل اليها بواسطة جنود الفرس

ولا يعرف بالضبط تاريخ ظهور حمى الملاريا فى ايطاليا ولكن يغلب أن المرض لم تشتد وطأته قبل سنة ٢٠٠ قبل الميلاد لان ما ذكر عنه فى مؤلفات الكتاب والشعراء كان بعد التاريخ

تأثير الملاريا فى تطور اليونان والرومان : لم يعرف لحمى الملاريا علاج فى ذلك الوقت ولذا فانها تأخذ حدها وتحدث تأثيرها السىء فى المخ وفى الجهاز الهضمى دون أن يكون فى الامكان ايقاف تيارها فى أى دور من أدوارها

وقد لاحظ اليونان أن حمى الملاريا ذات تأثير كبير على الاخلاق فقد وصفها أبقراط بقوله ان من يسكنون هذه الاصقاع (الموبوءة) ليسوا بالطوال القامة ولا بمعتدلى القدود ينتابهم مرض فى الطحال والمعدة . لونهم مغبر ضعاف

الاجسام فاقدوا قوة الاحتمال وتنقصهم الشجاعة ويكون شفاؤهم عادة بتغير أحوال معيشتهم : ويشير تاريخ الامم اليونانية الى أنها بدأت تتدهور بسرعة بعد سنة ٣٠٠ قبل الميلاد أى بعد دخول حمى الملاريا بوقت قصير . وفى روما وايطاليـا تغير الشعب من حالة الشجاعة والهمة الى حالة الوحشية والتفانى فى الملاذ والاسـترسال فى الشهوات ويرجع السبب فى ذلك الى تأثير المرض فهو الذى حط عقليتهم وأضعف أجسامهم — ومما لاشك فيه أن سرعة انتشار المرض ساعدت على سرعة السقوط والاضمحلال . أو كما قيل أن المدنية تتجه فى سيرها نحو الغرب . وقد شاهدنا أن أمراضاً كثيرة مثل (Leishmania) بدأ ظهورها فى الهند ثم اتجهت نحو الغرب وأن T. Rhod مرض النوم ظهر أيضاً فى أفريقيا متجهاً نحو الغرب لولا وجود الصحراء الـكبرى ذات الاهمية العظمى فى وقف تيار اتجاه هذه الامراض .

الانكلستوما (أى فقر الدم)

ينشأ هذا المرض من وجود ديدان صغيرة تسكن الامعاء وتسبب ضعفاً فى الجسم وفقراً فى الدم وأعراضاً أخرى . وهذا المرض يوجد بكثرة فى البلاد الزراعيـة وهو عظيم الانتشار جداً واليـك درجة انتشاره فى بعض بلاد العالم : —

النسبة المئوية لانتشاره بين الاهالى

البلد	
الهند	٦٠ — ٨٠ ٪
سيلان	٩٠ ٪
جيانا الانجليزية	٥٠ ٪
جيانا الهولندية	٩٠ ٪

البلد		
مصر	٥٠	٪
ناتال	٨٠	٪
الصين	٧٠	٪
بورتوريكو	٩٠	٪
جزائر ساموا	٧٠	٪

ومما عرف عن هذا المرض أنه بطيء السير وله تأثير سيء جداً فهو يضعف الجسم ويؤثر على الاخلاق وعلى العوامل الاقتصادية فى الامة . وهذه الاضرار تستمر جيلا بعد جيل وتعمل عملها فى الامة حتى تنزل بها الى الدرك الاسفل — أما التأثير على القوى العقلية فأمر غير مشكوك فيه . فقد جاء فى أحد التقارير للولايات المتحدة الامريكية أن بعض المرضى بهـذه الديدان لا يستطيعون الذهاب الى المدارس وبعضهم لا يستطيع المثابرة على تلقى دروسه وبهذا يظلون فى عداد الجهلاء

وقد قرر أن المريض بهـذا المرض يفقد بين ٣٠ — ٥٠ ٪ من قوته العقلية وأما تأثير المرض على الجسم فانه يشاهد أن الطفل متى أصيب به فقد نموه بطيئاً فنرى ابن الثانية عشرة فنظنه ابن الثامنة أو التاسعة على الاكثر وعلى ذلك تكون امته من الامم التى تنتابها هذه الامراض المهلكة . وخلاصة القول أن المدنية بدأت فى الجهات الحارة من العالم وكانت هذه الاحوال الجوية تساعد على انتشار الامراض الطفيلية ولذا لم تتمكن هذه الامم من الثبات على مجدها وعظمتها فسقطت بسبب هذه الامراض التى أضعفتها وأنهكتها ثم انتقلت هذه المدنيـة الى البلاد ذات الطقس البارد وهى البلاد التى تخلو من هذه الامراض لسبب أحوالها الجوية وها نحن أولاء نرقب عن كثب سير الاحوال الصحية وتقدم المعلومات الطبية وما يبذل من الهمة فى مقاومة هذه

الامراض الفتاكة . وسنرى اذا كان يستطاع ان تستعيد تلك الامم الغابرة مجدها وتسترد عظمتها

حالة غريبة ونتيجة مدهشة

للدكتور حسن كامل بشبرا

استدعيت يوم الخميس ٢٢ فبراير ١٩٢٣ لعيادة م . ب يونانى يبلغ من العمر ٩٠ سنة منزل نمرة ٢١ شارع ابو المعالى شبرا

اخبرت ان المريض فقد النطق من مدة ثلاث ساعات ووجدته راقداً فى فراشه وقد اشار الى لسانه ليدلنى على انه فقد قوة الـكلام

تناول الرجل افطاره كالمعتاد وعاد لبيتـه الساعة ٩ صباحا حيث شعر انه فقد قوة النطق كليـة وعاده طبيبان وأعطياه حقنا ووضعوا له دواء و بعدها استدعيت لابداء رأيي فى الحالة

أقول الحقيقة بكل صراحة اننى بعد الـكشف ارتبكت ارتباكا لا مزيد عليه اذ لم اشاهد سوى هذا العرض الوحيد كما فى بعض حالات الهستيريا

ولكننى عند ما وجدت ضربات القلب قوية جداً والنبض ينبئ بارتفـاع الضغط والاوردة منتفخة رأيت ان ابرر زيارتى بعمل شيء معقول . وهو فصد وريد الذراع لتقليل الضغط

قطعت الوريد فاندفع الدم بعيداً جداً بقوة ضغط تفوق ضغط الشريان وما كاد ينتصف الوعاء بالدم الوريدى (تقريبـا ٨ أوقيات) حتى دهش من كان حولى ودهشت ايضا معهم اذ لم اكن اتوقع هذه النتيجة العجيبة حيث شاهدنا المريض يتكلم كعادته و يضحك مسروراً

وها انا أعرض هـذه الحالة على صفحات المجلة الطبية المصرية لعل البعض يصادف مثلها وارجو ابداء الرأى عن سبب فقد النطق فى مثل هذه الحالة

اما رأيي الشخصى فالاعتقاد بان السبب هو زيادة ضغط الدم الوريدى على مركز الـكلام بالمخ (Passive Conjestion) وذلك استنتاجا من حدوث النطق حينما قل الضغط بالفصد

استعمال الاوكودال بدلا من المورفين

للدكتور يوسف سعد

قد استعملت هذا الدواء فى أحوال مختلفة فاتى بفوائد عديدة حببت الى نشر فوائده ومزاياه

ان الاوكودال مخدر يمكن استعماله من الداخل وحقنا تحت الجلد وهو يقوم تمـاما مقام المورفين خصوصاً كمسكن . فهو كمخدر يؤثر على المجموع العصبى المركزى كما هى الحالة فى المورفين وله مثل نفس القوة والسرعة فى التأثير لا بل ان فعله أسرع وأقوى وقد ثبت لى بعـد الاختبار انه أقل ضرراً من المورفين فهو لا يسبب تشنجا ولا ضرراً مطلقـاً على القلب ولا على مجموع الاوعية الدموية ولذلك أمكن استعماله للمصابين بضعف أو مرض فى القلب خصوصاً وان مفعوله الثانوى أخف كثيراً من مفعول المورفين

انه يمكن استعمال الاوكودال لجملة اسابيع بل عدة أشهر بدون ان يضعف فعله بالتعود كما انه يسهل الانقطاع عن استعماله لان التعود بسيط لا يحفل به والاوكودال يقوم مقام المورفين عند المصابين بعادة المورفين فهو يقوم مقامه تماما بحيث انه يمكن تخفيف الاخطار التى تنشأ عن استعمال المورفين . كذلك

فى الاحوال التى لم يكن موافقاً فيها استعمال المورفين للمريض وفى الاحوال التى لم يأت فيها المورفين بالفائدة المطلوبة امكننا الاستعاضة عنها بالاوكودال الذى أدى كل الفائدة المرغوبة . وقد عرض لنا بعض الذين اعتادوا تعاطى المورفين واصبحوا مدمنين لا غنى لهم عنه فاشرنا عليهم باستعمال الاوكودال بدلا منه فقام مقامه تماما

اما كمسكن فقد كان تأثير الاوكودال عظيما فانه خفف بسرعة غريبة التهيجات التى تحدث فى النوب العصبية وخصوصاً السعال العصبى وآلام النزلة الشعبية وذات الجنب والتهاب البلورا وتهيجها . كما ثبت لنا فوائده فى حالات السعال وضيق النفس والارق والالام المسببة عن التدرن الصدرى والحلقى

وبعد الاختبارات العديدة المختلفة استنتجنا ان الاوكودال يسكن كالمورفين وكثيراً ما يفضله فى سرعة الفعل وقوته واستمرار مدة التأثير فى حالة المغص الكلوى والكبدى والالام المعدية المسببة عن قرحة أو سرطان وانه مفيد جداً فى ألم عسر الحيض والصداع والغرغرينة الناشئة عن السكر أو عن تصلب الشرايين والاوجاع الناتجة عن الحروق ويحسن الاستعاضة به عن المورفين للتوصل الى نوم هادئ عند المريض

ويمكن الاستفادة كثيراً من مزايا الاوكودال هذه باستعماله كمسكن اكيد الفعل فى الالام التى تعقب العمليات أو التى تتولد فى وقت تضميد الجراح

التهاب قطنى حاد

عولج بمحلول الكينا والبولينا

مترجمة عن B. M. J عدد ١٧/ ١١/ ٢٣

قلم التحرير

لا يوجد أكثر ايلاماً للانسان فى شكاياته الصغيرة الكثيرة من ألم القطن الحاد ففى لحظة يجد الشخص الممتلئ صحة وقوة نفسه غير قادر على أن يأتى بحركة صغيرة وربما لزم سريره مدة أسابيع فى حالة عجز تام ومع أنه فى الاحوال البسيطة تزول الاعراض الحادة فى أيام قليلة الا أن المريض لا يتأتى له أن ينحنى براحة تامة فى أقل من عشرة أيام وفى الاحوال الشديدة فاقل حركة — حتى الاصوات الفجائية - ربما تحدث نوبة تقلصية مصحوبة بتوتر فى العضلات القطنية وهذا التوتر يستمر عدة ثوان وبكل تحرز وبطىء يتمكن المريض من اعادة عضلاته الى طبيعتها وكثيراً ما تحدث هذه النوبة عقب قشعريرة تحصل بعد اجهاد كما يحدث غالباً للانسان من جلوسه فى ملابسه المبللة بالعرق .

والاساس الباتولوجى غامض وربما تكون من عدة أسباب فالدورة الدموية فى العضلات تقل بالبرودة فلا يمكنها التخلص من منتجاتها الناشئة من نشاطها الحديث . ويحتمل أن العضلات تتنبه لتقلص غير منتظم فتتمزق بعض اليافها عند مبدئها Rigin . وهذا التعليل يفسر لنا على الاقل السبب فى أنه عند اتصال العضلات يكون موضع اشتداد الشعور بالالم .

ومع أن بداءة المرض الفجائية Sudden Onset تبرهن على أن السبب Traumatic الا أنه يوجد اضطراب عام ويحتمل أن تكون Trauma معدية والفحص الدقيق يدل على أن السبب فى هذه الاعراض موضعى أكثر

مما يتوهم المريض وان الالم يحدث من مركز صغير رقيق الحساسة عند الضغط العميق . وهذا المركز يكون دائما فى العضلات القطنية وعلاوة على حساسته الشديدة فانه يعرف بوجود ورم خفيف يترك حفرة بعد الضغط وتحديد مركز الالم يقودنا الى علاج موضعى وقد اقترحت عدة علاجات فالحرارة — والكاسات الجافة – والتدليك الشديد — وغرس الابر الطويلة – والكى — كل لها محبذ غير أن الطرق البسيطة متعبة والشديدة شرقية ! !

وقد خيل لى أن الحقن بمخدر موضعى علاج شديد ولا يحدث أى ضرر ولم أكن منتظراً للشفاء السريع الذى لاحظته ولا استمراره . والمخدر الذى استعملته هو محلول كلورور الكينين والبولينا ١ ٪ [Urea & Quin Hydroch 1 ٪ Sol] والسبب فى اختيارى له هو المدة الطويلة التى يحدثها تخديره . وقد فكرت أولا بأن التأثير ربما يكون ميكانيكياً ولذا جربت محلول الملح الطبيعى غير أن تأثيره كان وقتياً .

(حقنت ٥ جرام من المحلول كنين و بولينا) بأبرة طويلة فى مركز البقعة الحساسة وفى مدة عشر دقايق زال الالم تماماً واستطاع المريض أن يتحرك بحرية تامة غير أنه بقى عنده شعور بوجود صلابة Stiffness ؛

ومن اعراضه الغريبة أن المريض يشكو من انحطاط عمومى . ويظهر لى أن هذه الشكايات هى من أعراض المرض نفسه غير أنها مخفية بشدة الالم الموضعى

والحالتين الآتيتين تمثلان الطريقة والنتيجة

(١) سيدة عمرها ٤٥ سنة أصيبت فجأة بألم فى القطن الايمن وقد حدث هذا الالم بنوب Spasms شديدة ومدة وجوده كانت تظن ان رجلها اليمنى مشلولة حتى خيل لها ان هناك تأثيراً فى جدر الاعصاب القطنية فلازمت السرير غير قادرة على الاتيان بأى حركة بسيطة وكل حركه كانت تحدث لها ألما شديداً وكان التدليك والحرارة يحدثان لهـا تحسينا وقتياً . وأسفل الذروة الحرقفية

Iliac Crest وفى الجهة الوحشية من المفصل القطنى الحرقفى Secao Iliac كانت توجد بقعـة بحجم الفلورين شديدة الحساسة . فى هذه البقعة غرست الابرة الى ان وصلت العظام وحقنت ٥ جرام من محلول الـكنين والبولينا وبعد عشر دقائق أمكن المريضة ان تتحرك بدون احداث أى تقلصات وبعـد ساعتين قامت ومشت ولم يحدث لها بعد ذلك تقلصات الا ان المريضة كانت تشعر بتصلب مكث معها عشرة أيام ثم اعلنت انها شفيت تماما

(٢) سيدة عمرها ٥٢ سنة اعتراها ألم شديد فى القطن الايمن عند استيقاظها صباحا من النوم وقد حصل لها مثل هذه النوبة قبل ذلك والزمها الفراش مدة ثلاثة اسابيع كانت تعالج فى حينها بمجبر أخبرها انها مصابة بخلع فى المفصل القطنى الحرقفى وكان يوجد بقعة حساسة مجلسها يمين المفصل القطنى الحرقفى وبما ان الحالة كانت متوسطة الوطأة حقنت لها ٥ جرام من محلول الملح غير ان التحسن كان قليـلا ووقتيا ومكث بضع ساعات فقط فعملت لها حقنة من محلول الـكينين والبولينا أعقبها تحسن تام وبعد يومين أمكن المريضة ان تسافر وبعد شهر ارسلت لى خطابا تخبرنى فيه أنها بصحة جيدة

يظهر لى أن طريقـة كهذه سهلة وسليمة يمكن أن يعم استعمالها وليس عندى أدنى شك فى نفعها فى الاحوال المماثلة مثل التواء العنق Tortocollis وفى كل الاحوال التى بها مواضع حساسة

استعفاء لجنة التحرير

حضرة صاحب السعادة رئيس الجمعية الطبية المصرية

حيث أن مهمة لجنة التحرير هى التصرف فى انتقاء ما ينشر فيها وما لا ينشر وهذا الحق الذى هو حقها قد سلب منها باقتراح مجلس الادارة الاخير وبذا أصبحت مهمتها ملغاة لانها أصبحت عملا كتابياً محضاً لما تتلقاه عن مجلس الادارة

وحيث أن أعضاء لجنة التحرير يعملون غير مأجورين ولا ينتظرون الا أن يقوموا باعمالهم وواجباتهم الفنية مشكورين لا مأمورين وحيث أن تأخر المجلة فى مادتها واقع عليها وفى وجهها دون مجلس الادارة وحيث أنه مضى على تحرير المجلة خمس سنوات تقريباً دون أن يوجد موجب ما لخلق مثل هذا القانون

وحيث أننا نرى اقتراح لجنة الادارة فيما يختص بلجنة التحرير ماس بكرامتها

وحيث أننا قد ذكرنا فى تقرير لجنة التحرير أمام هيئة الجمعية العمومية انه اذا نفذ اقتراح لجنة الادارة هذا فاننا نستقيل

لذلك نقدم استقالتنا واننا محافظة على سير الاعمال وعلى نظام الجمعية نرجوكم أن تتكرموا باستلام أعمالنا عقب ظهور عدد فبراير مباشرة

وتفضلوا بقبول فائق احتراماتنا

رئيس التحرير

الدكتور عبد الحميد العرابى

الجمعية الطبية المصرية

بالقاهرة

حضرة الزميل المحترم

سلاما واحتراما و بعد فالرجا تشريف اجتماع الجمعية العمومية الاعتيادية للجمعية الطبية المصرية الذى سينعقد فى الساعة العاشرة من صباح الجمعة ٥ يناير سنة ١٩٢٤ بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا حيث يتلى

أولا — تقرير وكيل الجمعية — ثانياً — تقرير سكرتير الجمعية — ثالثاً — تقرير أمين الصندوق — رابعاً — تقرير رئيس تحرير المجلة

أما عن الانتخاب فقد رأى المجلس تأجيله لجلسة أخرى خاصة تعقد بعد هذا ليتاح له فرصة استفتاء حضرتكم فى اتباع طريقة التشريح عوضاً عن الطريقة المتبعة الآن وذلك لمناسبة بعض اقتراحات بشأن تعديل مواده :وهى أن يرشح المجلس للناخبين فى ورقة الدعوة الرئيس وخمسة أعضاء بدلا ممن قد انتهت مدتهم مع احترام حرية الاعضاء فى انتخاب من يريدون . أى عدم التقيد بمرشحى المجلس

كما أن المجلس يقترح أولا : — تعديل الفقرة الآتية من المادة ١٨ من القانون وهى — (ويجوز اعادة انتخابهم) بالآتى (ولا يجوز اعادة انتخاب من تنتهى مدة عضويته الا بعد مضى سنة عليه خارج المجلس)

وثانياً — اضافة المواد الآتية للقانون تحت باب لجنة تحرير المجلة حيث أنه خلو مما ينص على وجود هذه الهيئة وشروط انتخابها ومهمتها

١ — تؤلف لجنة تحرير المجلة من أعضاء الجمعية وتكون من رئيس وخمسة أعضاء يرشحهم مجلس الادارة ويكون انتخابهم لمدة سنة ويجوز اعادة انتخابهم

٢ — ومهمتها القيام باعباء التحرير والنشر والترجمة والسعى وراء ترقية المجلة أدبياً ومادياً

٣ — تنشر فى المجلة جميع ما يطلب مجلس الادارة نشره وترجع اللجنة فى جميع أعمالها عند اللزوم الى مجلس الادارة الذى تستمد سلطاتها منه

ولمجلس الادارة مزيد الامل فى أن حضرتكم ستلبون دعوته هذه بالحضور فان قرارات الجمعية العمومية الاعتيادية لا تصح الا بحضور نصف الاعضاء المقيمين داخل القاهرة على الاقل

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام — السكرتير

القاهرة فى ١٩/١٢/٢٣ — الدكتور نجيب اسكندر

محضر

جلسة الجمعية العمومية للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

لسنة ١٩٢٤

اجتمعت الجمعية العمومية للمرة الثانية فى الساعة ١٠ من صباح الجمعة ١٨ يناير سنة ٩٢٤ بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال تحت رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا .

وفى الساعة ١٠ والدقيقة ٢٠ افتتح سعادة الرئيس الجلسة ثم قام الدكتور نجيب اسكندر بالنيابة عن سعادته وقرأ كلمته الآتية

« اخوانى وابنائى الاعزاء

بسم الله العلى الاعلى . افتتح جلسة انتخاب رئيس الجمعية ونوابه وأعضاء

مجلس ادارتها لسنة ١٩٢٤ ميلادية وما يتبع الجمعية من اللجان الاخرى مستعيناً بالله أن يساعدنا جميعاً على ما فيه تقدم الجمعية وما فيه صلاح بلادنا العزيزة انه سميع مجيب الدعاء .

ثم قام حضرة صاحب العزة الدكتور على بك ابراهيم وكيل الجمعية الاول وقرأ تقريره الآتى : —

تقرير وكيل الجمعية الطبية المصرية

اهنئ حضرات الاعضاء والاطباء المصريين عموما بنجاح الجمعية ودخولها فى السنة الخامسة

لقد قامت الجمعية بالواجب عليها واستمرت فى تحقيق مبادئها واغراضها ويرجع الفضل كله فى هذا النجاح للتعاون والتضامن الكبيرين بين الاعضاء والتضحية الشخصية للصالح العام ونكران الذات ونحن الآن أحوج ما يكون لاستمرار هذا التضامن وتلك التضحية حتى نقاوم الحركة الخطرة التى ظهرت بوادرها فى العام المنصرم وهى عدم تقدير الطبيب المصرى والحط من كفاءته واقصائه عن كل مركز عال فانك تجد بين وظائف الحكومة ما كان مسنداً لاطباء أجانب لأهمية وجود الفن فى هذا المركز فلما اعتزل هؤلاء خدمة الحكومة أسندت الى غير الاطباء فأصبحت وظائف ادارية واذا قام الاطباء يطالبون بحقهم سمعوا من الاعذار ما لا يقبله عقل ولا يتفق مع العدل والكرامة

لم تحتج هيئة الاطباء على هذا التعدى رغبة فى وظيفة أو طمعاً فى جاه ولكن حفظاً لكرامة المهنة واظهاراً لحقهم ولاثبات أن بيننا من هو كفء لادارة العمل الذى يتولاه بكل دقة وهمة كما تحقق ذلك فى كل فرصة أتيح لطبيب مصرى أن يظهر كفاءته ومواهبه هذا من جهة الوظائف التى يسمونها ادارية ناهيك بالوظائف الفنية التى خلت وتخلو الآن فقد سمعنا همساً وتصريحاً

بأن الحالة لا تسمح للطبيب المصرى بتوليها خوفاً على حالة البلاد والصحة من التدهور ولذا فكروا فى وضع اجانب فيها فاحتجت الجمعية وكان لموقفها هذا أثر فعال وكانت نتيجة ذلك ايقاف المشروع وتعديله بما يناسب كرامة المصريين وحقهم وهذه حركة مباركة تدل على مكانة الجمعية وقوة حجتها . ونأمل أننا بتضامننا واتحادنا نصل الى كامل حقوقنا خصوصاً وأن مهنة الطب فى القطر المصرى كانت ولا تزال فى ارقى درجة ولم تحط يوماً ما والمستقبل يبشر بما هو أعظم وأتم

نتج كل هذا من عدم وجود من يدافع عن المهنة فى الحكومة فلو وجد لنا وزير يهتم بشؤون الاطباء ومهنتهم لما حصل هذا الغبن ولما هضمت حقوقنا لهذه الدرجة لذلك نقترح أن تتحول مصلحة الصحة الى وزارة صحة يضم لها الهيئات الطبية الموجودة فى القطر الآن كما فعلت أخيراً وزارة المعارف فى ادارتها لكل مدارس القطر والتى كانت تدار بمصالح أو وزارات أخرى اذن يمكن للوزارة أن تعمل لمصلحة البلاد مستقلة عن غيرها لأنه ليس من المعقول أن تتبع المصلحة لوزارة أخرى رئيسها غير فنى كما يصعب جداً على وكيل الوزارة للامور الصحية أن يقنعه باحتياجات البلاد للاصلاحات الصحية وذلك هو السبب المهم فى تأخر الحالة الصحية فى البلاد ووصولها الى الدرجة التى رآها بها اليوم مع انك ترى فى أغلب البلاد الراقية والتى فيها الاحوال الصحية حسنة جداً وأرقى منا بكثير قد جعلت للصحة وزارة خاصة فما بالك ونحن أحوج ما نكون لوزارة تدير أمورنا وتنظم صحة البلاد . فكلكم أدرى بالامراض الكثيرة المنتشرة وفتكها بحياة الالوف من أبناء القطر وكثرة وفيات الاطفال وانتشار الرمد والنقص الفاضح فى عدد الاسبتاليات واستعدادها والملاجئ والمعامل الفنية ومستشفيات الولادة . هذا النقص لا يدركه ولا يعالجه الا خبير

ومدينـة القاهرة أتعس حظاً وأسوأ استعداداً عن غيرها من العواصم بهذا القصر العتيق الذى يدعى بالقصر العينى الذى لا يصلح لان يكون اسبتالية حديثة .

وهو محل انتقاد كل زائر كبير وصغير زار القطر المصرى ووصمة عار على الطب المصرى وعائق كبير لتقدم التعليم الطبى

بدأت فى الاقاليم حركة مباركة وندشيد لبعض الاغنياء اسبتاليات قامت بنفع كبير للجهة التى شيدت فيها وأما العاصمة فهى خالية من الاسبتاليات الخيرية ولم يتقدم للآن أحد اغنيائنا بعمل مستشفى وما دام الميل والاحساس لفعل الخير متأخراً عنـدنا لهذه الدرجة فواجب الحـكومة سد هذا النقص بانشاء المستشفيات اللازمة

يلزم لمدينـة القاهرة وضواحيها أربعة مستشفيات على الاقل فى حجم مستشفى قصر العينى الحالى ذلك اذا عملنا القياس مع البلاد الراقية ويلزم أن يكون أحدها كبير الحجم لا يقل عن الف سرير كامل الاستعداد والمعدات الحديثة على اتصال تام بالمدارس الطبية وهو مستشفى التعليم الطبى . وأما الباقيـة فتوزع الاول على أهالى الجيزة . والباقيان يفرقان فى أنحاء العاصمة حسب الاحتياج ونحن نطالب الحـكومة أن تعير هذا المشروع الحيوى العناية ولا تسوف فى تأجيله لما فيه من المصلحة الـكبيرة للمرضى والتعليم الطبى

كل البلاد الراقية لا ينتهى منها التعليم الطبى غير امتحان الدبلوم ولا تقنع بالتعليم الطبى الابتدائى بل كلها يطلب من العلم الـكثير واهتمت بالدراسة العالية وجعلت لها دراسة خاصة وامتحانات مهمة

أما نحن فينتهى عندنا التعليم الطبى عند امتحان الدبلوم ومحرومون بالمرة من تعليم الاختصاص ويلزم لمن أراد أن يوسع معلوماته الطبية أن يطلب ذلك خارج القطر المصرى وذلك ليس بميسور الا لطبقة الاغنياء والنبوغ لا ينحصر

فى هذه الطبقة وأظن أنه لا يمكننا الرضاء بالجهل والعلم قريب منا وأسبابه متوفرة ويلزم أن نطالب من الآن بتعلم الاختصاص فى مدرستنا الطبية

وهنا انتهز الفرصة لاهنئ حضرات أعضاء الجمعية الطبية الذين ساعدهم حسن الحظ وفازوا بالانتخابات وأذكرهم أن عليهم واجباً للمهنة فوق مهنة النيابة ويلزمهم أن يكونوا لنا لساناً وعضداً وساعداً لتنفيذ الاصلاحات الصحية العديدة التى تتطلبها حالة البلاد ولسانى عاجز عن اسداء الشكر الواجب لرئيسنا واستاذنا الشيخ الجليل الدكتور عيسى باشا حمدى مؤسس النهضة الطبية المصرية وأب الطب والاطباء اذ لولاه لم نستقم ولم تتقدم الجمعية ويرجع له كل الفضل فى نجاحنا .

لقد اتعبنا صحته الضعيفة وحرمناه الراحة اللازمة لشيخوخته أدام الله عليه الصحة واطال عمره .

ثم قام الدكتور نجيب اسكندر سكرتير مجلس الادارة وقرأ تقريره الآتى : —

تقرير سكرتير الجمعية الطبية المصرية

عن حالة الجمعية خلال سنة ١٩٢٣

للدكتور نجيب اسكندر

أتشرف بأن أقدم لحضراتكم اليوم تقرير مجلس الادارة عن حالة الجمعية فى السنة الماضية — السنة الماضية سنتنا الرابعة لم يغير المجلس فيها من نظام توزيع العمل السابق شيئاً . وعلى ذلك كان هم المجلس على أثر الانتخابات الاستمرار وفقا للطريقة التى اتبعها فى السنوات السابقة حيث واصل اعداد وترتيب المحاضرات الشهرية فعقد فى بحر السنة تسع جلسات اثنتان ليلا والباقى

نهاراً وقد شرف الجمعية فى احدى الجلسات البروفسير بال والقى محاضرة نفيسة عن الضعف البصرى والتصلب الشريانى .

ولم يكن عدد الحضور فى الجلسات مرضياً اذا نظرنا الى عدد الاعضاء وهو ٣٢٧ والى أن الاجتماعات شهرية وقد كانت هناك شكاوى بخصوص عدم ملازمة موعد الاجتماع لبعض حضرات الاعضاء وقد اقترح البعض عقد الجلسات ليلا والآخر عقدها نهاراً ولكن هذه الاقتراحات عرضت على الجمعيات العمومية السابقة فكانت تقر الموعد المعتاد .

وقد كان كل المحاضرين من القاهرة الا سعادة الاستاذ ظيفل باشا

ونظام الجلسات كان عادياً وكانت المناقشات تدور بهدوء ويقظة مع روح المسالمة مما لا يدع محلا للشك بأن الجمعية تتقدم الى درجات الكمال الادبى والفنى

هذا عن الجلسات العلمية وأظن أن لا حاجة للتنويه بقيمة المحاضرات وتفوق معلومات واختبارات حضرات المحاضرين وبهذه المناسبة يجدر بنا أن نذكر ذلك المثل الحى وانموذج الهمة الصادقة والغيرة ذلكم هو سعادة الشيخ الجليل رئيس الجمعية الذى لم يدخر وسعاً لحضور الجلسات رغم ضعف صحته وطالما اثار همة حضرات الاعضاء بعبارات التشجيع والنصائح الثمينة .

أما عن أعمال المجلس الادارية فقد عقد المجلس لاجلها نحو من عشر جلسات بمستشفى حضرة وكيل الجمعية الاول . ومما بحثه المجلس اقتراحات قدمت من الدكتور الرشيد بك بشأن تعديل مواد القانون استخلص منها المجلس الاقتراح الذى بين أيديكم بشأن تعديل طريقة الانتخاب وجعلها بطريقة الترشيح كما هو متبع فى أغلب الجمعيات الطبية الاخرى .

وعقد المجلس بما له من السلطة التى خولتها اياه الجمعية العمومية . جمعية عامة للمساهمين بالنادى وقد كان قرارها كما تعلمون ايقاف المشروع لعدم توفر المال الكافى للقيام به بانفراد دون الاشتراك مع خريجى المدارس العليا

وقد ردت النقود على أثر ذلك لاربابها .

وقد نظر المجلس كذلك اقتراحاً من جمعية الاسكندرية لطلب السعى تأليف نقابة رسمية كنقابة المحامين ولكن المجلس رأى أن تأليف نقابة رسمية لا يسرى حكمها على الاجانب لا فائدة فيه وقرر تأجيل ذلك لفرصة مناسبة

وقد اختلف الامر على بعض الزملاء بين الجمعية الطبية المصرية والجمعية الطبية الملكية على انه من أهم مبادئ جمعيتنا أحياء نشر اللغة الطبية العربية والبحث فى أمراض البلاد الخاصة بها وتوثيق روابط المهنة بين الاطباء المصريين

وقد أقام المجلس حفلة تأبين للمرحوم الدكتور طلعت باشا اعترافاً بمكانته العلمية والادبية ولخدماته للطب والاطباء .

وقد تدخل المجلس خدمة لمصلحة المهنة فى جملة مسائل أهمها المطالبة بالاسراع فى تعيين وكيل لوزارة الداخلية للشؤون الصحية حينما بدرت من الحكومة نية الغائها . وقد عقدت جمعية خاصة للنظر فى أمر تعاطى صناعة الطب بالقطر المصرى ومطالبة الحكومة بالاسراع فى ابراز القانون الخاص بذلك

وفى مسألة تشكيل المكتب الفنى بمصلحة الصحة وتعيين اربعة من الاجانب كمستشارين له

ومسألة مدير الصحة البحرية والكورنتينات وأستاذ الرمد بمدرسة الطب الملكية ومطالبة الحكومة بتعيين طبيبين مصريين بهما وتعلمون حضراتكم أننا نجحنا فى بعض هذه المسائل وان شاء الله يتم النجاح فى الباقى

والمجلس يرى أن حالة الجمعية على وجه الاجمال مرضية وهى سائرة فى سبيل الرقى ومجلتها يوزع منها شهريا عدد كبير بالقطر والخارج .

وسيقدم لحضراتكم الدكتور ماهر بك أمين الصندوق تقريره عن الحالة المالية وكذلك يقدم الدكتور عبد الحميد العرابى رئيس التحرير تقريره عن حالة المجلة

وفى الختام يسجل المجلس بمزيد الاسف والحزن مصاب الجمعية الاليم بفقد ثلاثة من الزملاء هم المرحوم الدكتور على بك لبيب والدكتور وديع برباری بك والدكتور محمد المصرى ويسأل الله تعالى أن يطيل بقاء رجال المهنة جميعاً فى خدمة الانسانية وأن يحفظهم بعين عنايته ورعايته

ثم قام الدكتور محمود بك ماهر أمين الصندوق وقرأ تقريره عن ميزانية السنة الماضية : —

تقرير

عن ميزانية الجمعية الطبية المصرية

فى السنة الرابعة سنة ١٩٢٣

حالة الجمعية المالية فى السنة الماضية كانت على وجه الاجمال مرضية بفضل الجهود التى بذلها المجلس فى الاقتصاد العام مراعياً حفظ الكيان المالى ولم تكن عملية التحصيل بأقل مشقة منها فى السنة السابقة ولو أن ما جمع فى السنة التالية من داخل القاهرة كان ٦١ اشتراكا وفى السنة الماضية كان ٨٢ اشتراكا فان أغلبه من حساب متجمد الاشتراكات المتأخرة .

وأما زملائنا بالارياف فلم يوفوا ما عليهم بالرغم من المراسلات والاستلفاتات المتكررة

ومما يبعث على الارتياح بوجه عام الاقبال على نشر الاعلانات بالمجلة مما يبشر بمستقبل مادى كبير

وأبواب الايراد كما تعلمون محصورة فيما يجمع من الاشتراكات وما تحصله المجلة كذلك من اشتراكاتها الخاصة والاعلانات والاعداد المبيعة

وقد كان الايراد كما يأتى : —

	مليم	جنيه	
أولا – ايراد الجمعية الخاص	—	١٦٤	متحصل من اشتراكات القاهرة ٥٠ جنيه منه عن السنوات الماضية ٢ جنيه من السنة الآتية
		١٢٠	متحصل من اشتراكات خارج القاهرة منه ٦١ جنيه عن السنوات الماضية ٢٤ جنيه عن السنة الآتية
		٢٨٤	

	مليم	جنيه	
ثانياً – ايراد المجلة الخاص	٩٩٠	٦٤	اعلانات
	٧٠٦	٤٧	اشتراكات
	٥١٠	—	اعداد مبيعة
	٢٠٦	١١٣	

	مليم	جنيه
	—	٢٨٤
ومن ذلك تكون جملة	٢٠٦	١١٣
الايراد	٢٠٦	٣٩٧

أما المصروفات فقد كانت معتدلة على وجه الاجمال

وقد صرفت الجمعية على ادارتها الخاصة مبلغ ٦٥٠ مليم ١٢٦ جنيه

كالبيان الآتى :

مليم	جنيه	البيان	الجملة مليم	الجملة جنيه
٥٠٠	٥١	مرتب القائم بالاعمال الكتابية		
١٥٠	١٢	أجرة تحصل ٨١ اشتراكا		
—	٦٣	سلفة لاعمال الجمعية النثرية وهذه كالبيان الآتى	٦٥٠	١٢٦

مليم	جنيه	البيان	الجملة
٦٦٠	٢٠	بريد	
٣٧٠	٠٥	نثريات وتلغرافات ومصاريف أخرى متفرقة	
٦٥٠	٠٨	مطبوعات	
٥٠٠	١١	مصاريف لادارة وخدم المجمع	
٨٢٠	١٦	ادوات كتابية وموبليات وخلافه	— ٦٣ —

أما المجلة فكانت مصروفاتها كالآتى ٩٨٤ مليم ٢٣٢ جنيه

مليم	جنيه	البيان	الجملة مليم	الجملة جنيه
٥٣٥	١١٩	مطبوعات		
٢٢٥	٠٣٣	ورق وأدوات وخلافه		
٧٨٠	٠١٠	قيمة الاشتراك فى المجلات الاجنبية		
—	٠٢٠	مكافأة المصحح اللغوى		
—	٠٢٥	« القائم بالاعمال الكتابية		
٥٢٥	٠١١	اكلشيهات		
٣٩٥	٠١٤	نثريات وتجليد كتب وخلافه		
١٢٤	٠٠٨	بريد	٩٨٤	٢٣٢

	مليم	جنيه	
	٦٥٠	١٢٦	
وعلى ذلك تكون المصروفات	٩٨٤	٢٣٢	
	٦٣٤	٣٥٩	المجلة

	مليم	جنيه	
	٢٠٦	٣٩٧	الايراد
ويكون الوفر	٦٣٤	٣٥٩	المصروفات
	٥٧٢	٠٣٧	

	مليم	جنيه
وباضافة ذلك الى الرصيد الموجود بالصندوق من السندات الماضية وباقى رأس مال المجلة وقدره	٣٩٧	٤٥٤
وكذلك ارباح أسهم النادى التى قررت الجمعية العمومية للمساهمين ضمها لصندوق الجمعية وقدرها	٤١٧	٠٩١
الوفر	٥٧٢	٠٣٧
الرصيد الموجود الآن	٣٨٦	٥٨٣

وبهذه المناسبة لا يفوتنا أن نذكر أن المبالغ المتأخرة من حساب الاشتراكات على حضرات الاعضاء

	مليم	جنيه	
هى	—	١٨٦	داخل القاهرة
	—	١٧٧	خارجها
		٣٦٣	فقط

وهذا مبلغ كبير ينتعش به الصندوق لو أضيف الى الرصيد الموجود به وأملنا كبير فى اهتمام حضرات الزملاء بتسديد الاشتراكات المتأخرة عليهم

فلا يغيب عن بالنا جميعاً أن المال أول عنصر ضرورى لحياة الجمعية وأن المجلس نظراً لضعف الايراد لم يفكر للآن فى انشاء ادارة مركز للجمعية اسوة بباقى الجمعيات

وحبذا لو عضد الزملاء جمعيتهم ببث الدعوة الى الاشتراك بها بين باقى رجال المهنة الذين لم يشتركوا

أمين الصندوق

ثم قام الدكتور عبد الحميد العرابى وقرأ تقريره الآتى عن حالة المجلة : —

تقرير

رئيس لجنة تحرير المجلة الطبية المصرية

عن سنة ١٩٢٣

سعادة الرئيس وحضرات أعضاء الجمعية الطبية المصرية

أتشرف بتقديم هذا التقرير عن حالة المجلة الطبية المصرية فى سنة ١٩٢٣ ففى مثل هذا اليوم من العام الماضى اجتمعت هيئة الجمعية العمومية للجمعية الطبية المصرية وانتخبت من بينها لجنة لادارة تحرير المجله الطبية المصرية وهنا لا يسعنى الا الثنـاء على همة زملائى أعضاء لجنة التحرير لما ابدوه من العناية الفائقة فى تحرير المجلة والمحافظة على حضور اجتماعات اللجنة كما آسف جداً لعدم اكتراث الهيئة الطبيه المصرية بشؤون المجلة والاهتمام بها مع انها هى المجلة الطبية المصرية الوحيدة الموجودة فى مصر والتى هى لسان حال جمعيتنا ولـكنه لسان صامت غير قادر على النطق وهذا مما يأسف له كل مصرى لان هذه الحال مقياس لاعمالنا الطبية فى مصر

وقد طلبت لجنة التحرير فى العام الماضى ولا تزال تكرر طلبها من هيئة الجمعية العمومية فى وجوب اندماج هيئة لجنة التحرير بعد انتخابها من هيئة

لجنة الادارة بحيث يكونان بعد ذلك لجنة واحدة

وذلك تسهيلا لعملها الشاق ولكى تكون دائما على اتصال تام بمجلس الادارة ولازالة جميع الاختلافات التى طالما تحدث بيننا وبينها لان ذلك يعرقل الاعمال والواجب هو أن تسود روح المساعدة والتعاون

أننى لا يمكننى أن أصف لكم المشاق التى تتحملها لجنة التحرير فى الحصول على مواد كل عدد من المجلة ولا أخالكم تجهلون ان هذا ناشىء عن عدم اشتراك كل عضو منكم اشتراكا فعليا فى تحريرها رغما عن اننا طلبنا مراراً من حضراتكم أن توافونا بمكاتباتكم ومشاهداتكم أننا لا نطالب منكم أن تتحملوا عناء تحريرها ولكننا نطالبكم أن تكونوا عوناً على ظهورها حيث أن اليوم الذى تختفى فيه المجلة عن الظهور سيكون أكبر نكبة نكبت بها الجمعية الطبية المصرية فى مركزها الادبى فى أعين الجمهور خصوصاً بين اخواننا الاطباء الاجانب . وأننا بالرغم مما تقدم وبالرغم من تقصير الهيئات الطبية فى مساعدة المجلة قد تمكنا من الوصول بها الى مستو تفتخر به الجمعية الطبية وقد أمكننا فى سنتنا الماضية أن نجعل المجلة من جهة المادة ومن جهة الدخل أحسن بكثير من أى سنة تقدمتها وكانت المحافظة على مواعيد ظهور المجلة غاية فى الدقة بالنسبة الى السنة التى مضت كما يشعر بذلك حضرات الزملاء

وقد بلغ جملة ما يطبع من المجلة ٥٠٠ عدد يوزع منها على أعضاء الجمعية الطبية ٣٣٤ عدداً و ٤٤ عدداً على أطباء مشتركين فى المجلة منها ٦ مشتركون خارج القطر و ٣٨ داخل القطر

و ٥٩ عدداً على الطلبة منها ٨ خارج القطر و ٥١ داخل القطر و ٥ أعداد على الاهالى منها ٢ داخل القطر و ٣ خارجه

و ١٥ عدداً مبادلة جرائد

ملاحظة — يوجد بكل أسف ١١ طبيباً و ٢٠ طالباً لم يدفعوا قيمة

اشتراكاتهم عن سنة ١٩٢٣ وانقطع اصدار المجلة لهم عقب اخطارهم بطلب دفع الاشتراك للمرة الثالثة

وهذا بيان النفقات الخاصة بالمجلة عن سنة ١٩٢٣ كالآتى

مليم	جنيه	
١٢٤	٨	طوابع وأعمال بريد
٥٣٥	١١٩	مصاريف مطبعية
٥٢٥	٣٣	ثمن ورق
٧٨٠	١٠	اشتراك فى المجلات الطبية الاجنبية
—	٢٠	مكافأة مصحح
—	٢٥	مكافأة القائم بالاعمال الكتابية
٥٢٥	١١	ثمن اكلشيهات
٠٨٧	٢	أجرة تجليد كتب
٦٢٥	١	نثريات
٩٨٤	٢٣٢	المجموع

أما الايرادات فقد بلغت ٢٠٦ ١٣ مبينة كالآتى :
مليم جنيه

مليم	جنيه	
٥٠٠	١٠	قيمة اشتراك ٣٥ طالباً بالقطر
٥٨٣	١	« « ٤ طلبه خارج القطر
٦٠٠	١٨	« « ٣١ طالباً داخل القطر
٥٨٤	١	« « طبيبين خارج القطر

مليم	جنيه	عدد	
٩٠٠	—		قيمة اشتراك ٢ من الاهالى داخل القطر
٤٠٠	٢	٣	« « » من الاهالى خارج القطر
٩٩٠	٦٤		اعلانات
٩٦٠	١١		قيمة اشتراك مصلحة الصحة العمومية فى ٢٠ عدد
١٧٩	—		باقى حساب اشتراك طالب متأخر من سنة ١٩٢٢
٥١٠	—		اعداد مبيعة
٢٠٦	١١٣		المجموع

وفى الختام أشير الى اقتراحات لجنة الادارة فيما يتعلق بلجنة التحرير التى نشروها على حضرتكم اليوم للمناقشة فيها فأقول ان لجنة التحرير اجتمعت فى يوم ١٦ يناير سنه ١٩٢٤ وقررت عدم الموافقة على ما جاء بالبند الاول والثالث منها بتاتاً حيث هذا لا يتفق مع كرامة لجنة التحرير ولا مع حرية الانتخاب وقد قررت لجنة التحرير فى هذه الجلسة تقديم استقالتها وعدم الاشتراك فى الانتخابات الآتية اذا وافقت الجمعية على اقتراحات لجنـة الادارة هذه مع تسليم زمام المجلة اليكم من اليوم

هذا موجز ما تم فى سنة ١٩٢٣ ولنا مزيد الامل باستطراد تقدم المجلة بما تناله منكم من المساعدة والاهتمام بشؤونها

وبعد الانتهاء عرض حضرته على الحاضرين عدم موافقة لجنة التحرير على اقتراح المجلس بخصوص اضافة المواد التى ذكرت فى ورقة الدعوة للقانون تحت باب لجنة التحرير

وقد دارت المناقشة عقب ذلك حول تفسير مسألة الترشيح وكيف يسهل المجلس بعمليته هذه مهمة الانتخاب . وأنه بالرغم من ذلك فان لحضرات الناخبين الحرية التامة فى الاختيار

وكذلك حول نشر ما يطلب نشره من الاعمـال الادارية وخلافها من المسائل التى يرى المجلس لزوم نشرها وكذلك حول نقطة السلطة التى تستمدها اللجنة من المجلس وهذه يقصد بها الأمور الحيوية التى تخصها كالمال الخ .

وأخيراً قرر الاعضاء باغلبية كبيرة تعديل المواد كما يأتى : —

١ — تؤلف لجنة التحرير من أعضاء الجمعية وتكون من رئيس وخمسة أعضاء يرشحهم مجلس الادارة وتنتخبهم الجمعية العموميـة مع عدم تقيد الناخبين بمرشحى المجلس

المادة ٢ — لم يغير فيها شىء .

٣ — تقسم الى قسمين ا — وتنشر فى المجلة جميع ما يطلب مجلس الاداره نشره .

ب — وترجع اللجنة فى جميع أعمالها عند اللزوم الى مجلس الادارة الذى تستمد سلطاتها منه . وبعد ذلك عرض السكرتير مسألة تغيير الفقره الآتية من المادة ١٨ من القانون فى الباب الخامس . وهى ويجوز اعادة انتخابهم بلا يجوز اعادة انتخاب من تنتهى مدة عضويته بالمجلس الا بعد مضى سنة عليه خارجه

فوافق الحضور على ذلك بالاجماع

ثم عرضت مسألة تغيير طريقة الانتخاب وجعلها بالترشيح كما هو متبع فى أغلب الجمعيات الأجنبية وبعد أن نشر ذلك الدكتور على بك ابراهيم وافق الحضور عليه وقرروا اضافة هذه المادة للقانون . و بعد ذلك قام سعادة الرئيس وشكر الحضور على اهتمامهم وغيرتهم فدعوا له بطول البقاء والصحة وأقفلت الجلسة حيث كانت الساعة ١١ والدقيقة ٤٥ ظهراً السكرتير

القاهرة فى ١٨ يناير سنه ١٩٢٤

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لاتنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب توار يخه الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد


ميدى
مرهم ميدى
لبوس ميدى
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
ادرينالية
استوفايية
انستيية
خلاصة ابو فروة الهندى جديدة وثابتة
يحتوى على ابرز عناصر فعالة وعلية تأثير محقق
للبواسير
حبيبات فوارة
بيبرازين ميدى
لابد من الاعتراف لنا بالمكانة العظمى التى يلقاها البيبرازين ميدى لدى جمهور الاطباء والمرضى وانه للادوية الحديثة ما هى الاستثناءات ولا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لهوشار
من ملعقة الى ستة ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحصاة البول

البانجلاندين

وهو خلاصة جميع الغدد

ويؤخذ فى شكل حبوب مغطاة بمادة كيراتينيه من اربع الى عشر حبات فى الدفعة الواحدة مرة فى اليوم

وهو مفيد ضد نقص الأفراز الغددى عند

الأطفال والبالغين والعجزه

ويطلب من معامل كوتربيه نمرة ١٨ ميدان هش بباريس

الوكيل العام فيكتور مثيو : صندوق البوستة ١١٥٠ بالاسكندرية

اسبكترول

العلاج بسيروم الاعضاء الحيوية — ابو ترابى سريك

فقـــــر الدم

النقـــــاهة

الانحطاط العضوى



الجرعة من ملعقتين شوربة الى اربعة فى اليوم

تطلب النشرات
والعينات من الخواجه
فيكتور ماتيه
١٠ شارع فؤاد الاول
باسكندرية

SYNERGIE NOUVELLE

RÉGULATRICE De LINSUFFISANCE VEINEUSE
ET DE SES CONSÉQUENCES

عدم تكافؤ الاوردة ونتائجها



PROVEINASE MIDY
COMPRIMÉS

حبات بروفيناس ميدى

---

2 à 6 COMPRIMÉS PAN JOUR

المقدار من ٢ — ٦ حبات فى اليوم

دواعى الاستعمال

ارتخاء جدران الاوردة — الدوالى — الجروح الوريدية — البواسير — التهاب الأوردة — أوزيما وريدية — تصلب الأوردة — الحالات الاحتقانية المتنوعة — احتقان الكبد — احتقان البروتستاتا — احتقان الرحم والمبيض — الضعف - الاضطرابات الناشئة من سن اليأس والمراهقة

الوكيل العام بالقطر المصرى
المسيو فكتور ماتيه بالاسكندرية

الايلكترارجول

مادة فضية كلويدال كهربائية

حبوب صغيرة — فى محلول معقم وثابت

يمتاز الايلكترارجول عن الفضة كلويدال الكيماوية بالصفات الآتية :—
وهى أنها حبوب دقيقة جداً لدرجة متناهية ولها تأثير قوى ثابت المفعول ، ونقاوتها تامة ولها قوة عظيمة التأثير كاتاليتيك وفاعلية فسيولوجية وتيرابوتيكية

أمبول ٥ سنتيمتر مكعب (ستة فى كل علبة)

أمبول ١٠ سنتيمتر مكعب (ثلاثة فى كل علبة)

زجاجات بحجم ٥٠ و ١٠٠ سنتيمتر مكعب — قطره داخل أمبول ١٠ سنتيمتر مكعب استعمالها الطبى لعلاج كل الامراض العفنه مهما كان سببها النوعى

الاينزول

سليسيل زرنيخات الزئبق (يحتوى على ٤٦ر٣٨ ٪ من الزئبق و ٠٤ر١٤٪ من الزرنيخ) تأثيره كمادة سامة ضعيف يقل بسبعين مرة عن يودور الزئبق وله قوة منبهة وحقنها غير مؤلم كما ذكر كل المؤلفين . مفعولها المزدوج للتطهير النوعى : — (١) تأثير الاينزول كمركب زئبقى (٢) الاينزول يؤثر على السبيروكيت أما تأثيرها كعامل زرنيخى فعال جداً فى الجسم فيكون اما بطريق الحقن بين العضلات أو داخل الأوردة ولذلك فهو يطهر تطهيراً سريعاً مستمراً

امبول سعة ٢ سنتيمتر مكعب و ٥ سنتيمتر مكعب من محلول محتوى على ٣ سنتيجرام فى كل سنتيمتر مكعب

المقدار المتوسط : ٢ سنتيمر مكعب أى ٦ سنتيجرام اينزول فى اليوم

المقدار الهائل أو المشبع : حقن داخل العضلات ٤ و ٦ سنتيمتر مكعب (أو ١٢ر١٨ سنتيجرام اينزول)

كل يومين أو ثلاثة أيام : حقن داخل الاوردة من ٢ الى ١٠ سنتيمتر مكعب (أى من ٦ لغاية ٣٠ سنتيجرام) . يتوقف استعمال الاينزول على قوة مقاومة المريض وتطور الحالة وسرعة العلاج كل يومين أو ثلاثة

معامل كلان — كومار وشركاه نمرة ٢٠ شارع دى فوسيه سانجاك — باريس

﴿ سائل سدانس المسكن ﴾ تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

LIQUOR SEDANS (PARKE, DAVIS & Co.)

يحضر هذا السائل المسكن من نبات الفيبورنوم Viburnum Prunifolium والهدراستين Hydrastine ونبات بسيديا بسيبيولا Piscidia Piscipula فهو مسكن ومقو لاعضاء التناسل فى الاناث وقد اتى بفوائد حسنة في حالات الحيض المصحوب بالام وكثرة الحيض وما يصحبه من عدم قيام الاعضاء بوظائفها . يباع هذا السائل في زجاجات سعة ١٠٠ جرام و ٥٠٠ جرام ويصنع بشكل محافظ تحتوي كل محفظة على الكمية الموجودة في درهم من هذا المستحضر

﴿ الشراب الهيبوفوسفت المركب المقوي للدم ﴾

تحضير معامل بارك ودافيز الكيماويه

Hematic Compound Syrup of the Hypophosphites, P.D. & Co.

يوصي حضرات الاطباء باستعمال هذا الشراب المقوى للدم والمجدد للصحة فى حالات فقر الدم وضعف الاعصاب والالتهابات الخنزيرية وسائر الاصابات الدرنية وفى النقاهة عقب الامراض الشديدة الوطئة وغيرذلك ويعطي هذا الشراب من ملعقة شاي الى اثنين

﴿ اكسير جلسر وفسفات الحديد والكنين والاستركنين ﴾

مستحضر نمرة (١٤٥) تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

Elexir Glycero phosphotes with Iron, Quinine & Strychnine
(PARKE, DAVIS & Co.) No. 145

لا يخفى ان الاملاح الجليسر وفسفاتيه معدودة من اعظم المقويات للاعصاب وذلك لانها تحتوي على فسفور سهل الامتصاص يشبه في تركيبه الفسفور الموجود بالمخ ونسيج الاعصاب

وهذا الشراب يحتوي على املاح الحديد والكنين والاستركنين الجليسروفسفاتيه السهلة الامتصاص والمقوية الاكيدة المفعول ويعطى من ملعقة شاي الى اثنين ثلاث مرات كل يوم

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال المهنة فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه		جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الثالث | مارس سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

المجلة الطبية المصرية
لسان حال الجمعيـة الطبيـة المصرية

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
(جبريل تقلا بك وشركاه)
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثالث | مارس سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

تفاعل اللوثين وأهميته

فى تشخيص التقرحات الزهرية والاورام الصمغية

محاضرة القيت أمام الجمعية الطبية المصرية باسكندرية فى ديسمبر سنة ١٩٢٣

للدكتور ابراهيم صبرى

حكيمباشى قسم الجلد بالمستشفى الاميرى باسكندرية

لوثين لفظ مشتق من الكلمة الالمانية Lues التى معناها الزهرى . وقد سميت هكذا بعد تسمية مادة السل (ثيوبركلين) لجامع الشبه بينهما فى طريقة التحضير وما كان ينتظر بينهما من التشابه فى النتيجة .

تعلمون أيها السادة أن أول من فكر فى عمل اللوثين هو ناجوتشى Nagouchi اليابانى ولا يسعنى فى هذا المقام الا أن أفخر بهذا الأمام الشرقى وان الفت نظركم الى المجهودات العظيمة والصعوبات الجمة التى ذللها ذلك الاستاذ حتى توصل الى تربية اللوبيات الزهرية وأخرج للعالم أول لوثين عرضه على مؤتمر فينا الطبى فكان له ما كان من الدهشة والاعجاب بين علماء الزهرى . وقد

حصل ناجوتشى على لويثينه هذا بواسطة تربية اللولبيات على ال Ascitic agar
به قطعة من الخلاص . وبما أن اللولبيات لا تعيش فى الهواء (Anaerobes)
فهى تسقط طبعاً فى قاع الانبوبة . فى الطبقة السفلى من الزرع أخذ ناجوتشى
لوثينه وجعل يحقن به فى الجلد بكمية تختلف بين ٠٧ و ٠ م١ ١٥ و٠ من السنتيمتر
المكعب

. تعلمون أيها السادة اننا اذا حقنا المصابين بالزهرى بأى أشكاله المختلفة
بالثيوبركلين فالنتيجة تكون دائما سالبة ما عدا ذلك النوع المعروف Lieben
syphilitens حيث يحدث أحياناً التفاعل المعروف بتفاعل (Herd) والذى
هو عبارة عن حدوث عوارض تهييج فى مواضع المرض يعقبها غالباً تحسين
محسوس . وذلك طبعاً مضاف الى التفاعل الموضعى مكان الحقن والارتفاع
البسيط الذى يعترى حرارة الجسم .

أما ناجوتش فقد حصل بلوثينه على نتائج موجبه

أولا — فى أحوال الدرجة الثالثة من الزهرى خصوصاً فيمن حظى
بنصيب وافر من العلاج .

ثانياً — فى أحوال الزهرى الوراثى

ثالثاً — فى حوالى ٥٠ ٪ من حالات زهرى الدرجة الثانيـة المتأخرة
والتى فى دور الـكمون

رابعاً — فى حوالى ٢٠ ٪ من حالات الزهرى فى الدرجة الثانية

خامساً — فى حوالى ١٠ ٪ من حالات الزهرى فى الدرجة الأولى

سادساً — فى الشلل العمومى للمجاذيب . ال Tabes Doralis الالتهاب
السحائى أى Syphilitic cerebro - Spinal Menngiti

والنتيجة الموجبة تأخذ شكل الحلمية بعد مدة تفريخ تختلف من يومين
الى اربعة أيام وفى بعض الأحيان أكثر من ذلك وهذه الحلمية قد تتحول
أحياناً الى حلمية صديدية وأحياناً الى ورم صمغى يترك أثر التحام Cicatrix بعد

زواله خصوصاً فى الأحوال التى طالت فيها مدة التفريخ .

يتضح مما ذكرنا أن لوثين ناجوتش هو عبارة عن زرع للوبيات الزهرية . وأن الحصول على ذلك الزرع ليس بالامر السهل والنتائج الموجبة يجوز أن تشمل كثيراً من الاحوال الزهرية .

تذليلا لهذه الصعاب وأملا فى الحصول على نتائج محدودة فكر الاستاذ فيشر بيراج فى عمل لوثين بواسطة استخراج بعض أعضاء المصابين بالزهرى . وبعد أن استخرج لوثينه بهذه الطريقة عرضه لدرجة مرتفعة من الحرارة ظناً منه ان ذلك واجب لقتل اللولبيات الموجودة وتطهير المحلول . فكانت هذه العملية سبباً فى افساد المواد البروتينية الموجودة وعليه لم يأت المحلول بالفائدة المطلوبة ولم ينجح فيشر فى تجربته بعد ذلك فكر Müller & Stein المساعدان بأكلينيك فينجر Finger فى سبب هذا الفشل واستعاضا عن تعريض المحلول لدرجة مرتفعة من الحرارة بأن اضافا اليه كمية بسيطة جداً من حامض الفنيك المركز كافية فقط لقتل اللولبيات أو على الأقل لشلها فى حين الا تأثير لها البتة على المواد البروتينية الموجودة . وبهذه الكيفية تجنبا اجراء أى عملية أخرى للتطهير يكون من شأنها افساد المحلول واليكم أيها السادة شرح الطريقة التى اتبعاها لاستخراج اللوثين

تؤخذ قطعة من الكبد أو الرئة أو غدة من غدد المصابين بالزهرى خصوصاً الذين فى أول الدرجة الثانية منه حيث تكون هذه الاعضاء متشبعة باللولبيات الزهرية . والغدد التى بجوار القرصة تعطى عادة نتائج حسنة وافضل من هذا وذاك لو أخذت هذه الاعضاء من أجنة المصابين بالزهرى أو من الاطفال بالزهرى الوراثى والظاهر على أجسامهم علامات الدرجة الثانية من المرض

ويستحسن قبل اجراء عملية الاستخراج أن نبحث عما اذا كان فى العضد المراد استخراجه لولبيات زهرية أم لا . حيث أن مجرد وجودها ولو بأى كمية هام جداً لنجاح اللوثين .

الآن تنظف هذه القطعة تماماً من جميع الانسجة الرابطة التى بها ثم توزن وبعد ذلك تقطع أجزاء صغيرة جداً على قدر الامكان وتوضع فى الهون وتصحن جيداً بمحلول مركب من

ملح الطعام ٠٫٩

حامض الفنيك المركز ٠٫٥

الماء المقطر ١٠٠٫٠

مع مراعاة اضافة قليل من المحلول فى المرة الواحدة واعادة الصحن جيداً حتى تصل كمية المحلول المضافة اربعة أمثال وزن القطعة المستخرجة ثم توضع فى أنبوبة واسعة وتترك فى الثلاجة لمدة ٣ — ٤ أيام . بهذه الطريقة لا نحتاج الى اجراء أى عملية أخرى للتطهير وكمية الفنيك الموجودة كافية فى مدة الثلاثة أو الاربعة أيام لقتل جميع اللولبيات أو على الاقل لشلها . هذه هى طريقة تحضير لوثين الاعضاء الذى هو موضوعنا اليوم وهى كما ترون فى غاية البساطة ولكن من الغريب جداً أن ثلثى اللوثين المحضر بهذه الكيفية لا ينجح بالرغم من الدقة المراعاة فى جميع الشروط المذكورة ولا ندرى لذلك سراً . والمحلول الناجح يبقى فى حالة جيدة لمدة تختلف بين ستة شهور وسنة ويمكننا معرفة نجاح المحلول من عدمه بحقن عدد من الناس وملاحظة النتيجة . وللحقن طريقتان

أولا — التشريط Scarification وهنا تأخذ النتيجة الموجبة شكل بقعة حمراء مرتفعة

ثانياً — الحقن فى الجلد Intracutaneously وهى الأفضل بكثير حيث يحقن فى باطن الساعد Elexor side وفى طبقات الجلد نفسها كمية من المحلول حوالى ٠٫٢ س م . م ففى الاحوال الموجبة ترى بعد مضى اربع وعشرين ساعة بقعة حمراء غير مؤلمة بيضاوية الشكل طول قطريها اثنين وثلاثة سنتيمترات ولو أنه فى بعض الاحيان يكون طولها أكبر من ذلك وهذا الشكل البيضوى منتظم الحدود (Sharply Defined) ومحاطاً بهالة بيضاء (Anaemic)

ومرتفع قليلا عن سطح الجلد كما نشعر بذلك اذا لمسنا بأصبعنا سطح الذراع

وفى الاربع والعشرين ساعة التالية يأخذ هذا التفاعل فى الاضمحلال حتى اذا كان آخرها نرى اللون قاتما وباقى الخاصيات على وشك الضياع . ولا يلبث هذا التفاعل الا قليلا حتى يرجع كل شىء لأصله ولا يبقى الا حليمة صغيرة فى الوسط تزول بالتدريج ولو أنها أحياناً تستمر من أسبوع الى ثلاثة أسابيع وقد تتحول الى حليمة صديدية أو الى ورم صمغى . هذا وصف لأغلب الحالات ولا يفوتنا أن نذكر أن قليلا منها يأخذ فيه التفاعل أتم أشكاله بعد ثمان وأربعين ساعة لا أربع وعشرين . وحالات أخرى لانرى فيها تفاعلا الا بعد حوالى عشرة أيام وهذه الاحوال التى تطول فيها مدة التفريخ تنتهى غالباً بورم صمغى .

ويكون التفاعل موجباً بهذا اللوثين العضوى

أولا — فى ٩٠ ٪ من أحوال زهرى الدرجة الثالثة والزهرى الوراثى خصوصاً اذا كان بها أورام صمغية أو التهاب بالسمحاق (periostitis) أو Keratitis parenchymatose . وتروا هنا أيها السادة اعظم فائدة لهذا اللوثين العضوى حيث يمكننا أن نميز به عما اذا كانت الحالة ناشئة من الزهرى أم هى سل خصوصاً اذا كان تفاعل فازرمان سالباً ويزيد هذا التفاعل أهمية الفرق التاسع فى طريقة العلاج فهى كما تعرفون Excision أو ما يشابهها اذا كانت الحالة سل ؟ ٦٠٦ . . . الخ اذا كانت زهرى

ثانياً — يكون التفاعل أيضاً موجباً فى أحوال الزهرى الخبيث حيث تظهر التقرحات مبكرة فى أول الدرجة الثانية من المرض ويكون التفاعل دائما سالباً فى

أولا — جميع أحوال الدرجة الأولى والثانية من الزهرى

ثانياً — فى أحوال الشلل العمومى للمجاذيب (J. B. I.) . ال (Tabes Dorsalis)

اذا انعمتم النظر قليلا فى هذه النتائج ترون أيها السادة أن هذا التفاعل يفسر لنا تماماً قوانين المناعة ضد الزهرى حيث يقول القانون الاول — لا مناعة ضد الزهرى لمن ليس به زهرى وأن جسم المصاب بالزهرى اذا عرض لعدوى جديدة أو لمواد لولبية يتفاعل حسب درجة مرضه اعنى أنه اذا كان فى الدرجة الأولى الحقيقية يظهر محل التلقيح قرصة واذا كان فى الدرجة الثالثة يظهر ورم صمغى

الآن اذا حقنا اللوثين فى شخص ليس به زهرى أو به المرض ولكنه لا يزال فى الدرجة الأولى الحقيقة تتكون النتيجة سالبة لأنه ليس باللوثين لولبيات حية يصح أن ينشأ عنها عدوى جديدة وأن المواد البروثينية الموجودة فى المحلول غريبة على الجسم فلا يتفاعل ضدها . واذا حقنا اللوثين فى مريض فى الدرجة الثانية تظهر بقعة أو حليمة بسيطة محل التلقيح وذلك دليل على أن الجسم فى هذه الدرجة من المرض لا يتفاعل الا بهذه الكيفية ضد المواد اللولبية حية كانت كما يحصل ذلك اذا عرض المريض نفسه لعدوى عادية أوميتة كما يظهر ذلك التلقيح باللوثين . واذا حقنا اللوثين فى شخص فى الدرجة الثالثة يظهر التفاعل على الموجب بكامل خاصياته السابقة الذكر والتى أفسرها انا بورم صمغى خفيف جداً نظراً لأن اللولبيات التى باللوثين ميتة والمواد اللولبية الموجودة مخففة الوطأة بالنسبة الى حامض الفنيك المضاف اليها .

ولا يبعدن عن ذاكرتكم هنا أيها السادة الأحوال الغير قليلة التى يتحول فيها التفاعل الى ورم صمغى تام التكوين .

ولسنا على يقين للآن عما اذا كان التفاعل باللوثين العضوى ناشئاً عن وجود اللولبيات الميتة أم عن وجود المواد البروثينية الأخرى الموجودة فى العضو المستخرج والتى لا يشتمل عليها لوثين ناجوتشى غير أن قرائن الأحوال تدل على أن هذه المواد البروثينية لها الشأن الأعظم فى التفاعل اللوثينى استناداً على الحقيقة ان لوثين ناجوتشى يعطينا تفاعلا موجباً فى ٦٠٪

من زهرى الدرجة الثانية بينما اللوثين العضوى يكون دائما سالباً فى هـذه الأحوال نظراً لأن الجسم فى الدرجة الثانية لايتفاعل بهذا الشكل القوى ضد المواد اللولبية كما كان يكون ذلك لو كان الجسم فى الدرجة الثالثة أو بمعنى آخر أطول عهداً وأشد احساساً للمواد اللولبية

نبحث الآن فى نوعية تفاعل اللوثين فنقول أن التفاعل نوعى بلا شك غير أننا أحياناً نحصل على نتائج موجبة بلوثين مستخرج من رجل غير مصاب بالزهرى كما نصادف أحياناً موجبة بلوثين ناجوتشى من غير أن يكون به زرع من اللولبيات (اعنى مجرد Ascitic agar فيه قطعة من الخلاص) ولـكننا هنا نعزو التفاعل الموجب بهذين المحلولين لمجرد زيادة المواد الزلالية السامة Toxinous albuminous substauces الموجودة بها .

واذا كان تفاعل لوثين موجباً فى شخص ما فانه يستمر فى هذا الايجاب لمدة طويلة جداً بالرغم من كل أنواع المعالجة . واذا قارنا هذا التفاعل بتفاعل فازرمان من جهة تعيين الفترة التى يكون كل منهما فيها موجباً نجد ان تفاعل فازرمان يبتدئ بالايجاب كما تعرفون حوالى الأسبوع الثامن من العدوى وتشتد قوة ايجابه فى اوائل الدرجة الثانية ثم تقل شيئاً فشيئاً حتى تزول فى اوائل الدرجة الثالثة . ولدينا ما لا يقل عن ٣٠ ٪ من أحوال زهرى الدرجة الثالثة والتى بها علامات اكلينيكية زهرية وتفاعل فازرمان فيها سالباً تماماً .

اما تفاعل لوثين فيبتدئ بالايجاب قبل ابتداء الدرجة الثالثـة بقليل ويشتد ايجاباً كلما طال عهد هذه الدرجة واضمحل تفاعل فازرمان . فتروا ايها السادة ان هناك فترة من الزمن يكون فيهـا تفاعلا فازرمان ولوثين موجبين وهذه الفترة هى التى تشمل انتهاء الدرجة الثانية وابتداء الدرجة الثالثة . وعليه يجب ان نؤيد تشخيص احوال الزهرى التى فى دور الـكمون والتى فى الدرجة الثالثة بتفاعل لوثين وليس بتفاعل فازرمان حيث ان الأخير قد يكون سالباً

فى كثير منها خصوصاً اذا نالت الحالة قسطا وافراً من المعالجة . وهناك شىء آخر وفى غاية الأهمية

تعلمون ايها السادة ان تفاعل فازرمان دائما يكون موجباً فى الدرجة الثانية من الزهرى الا فيما شذ وندر ما عدا الاحوال الآتية حيث يكثر فيها التفاعل السالب وهى

اولا — احوال الطفح السطحى المتأخر Late superfeceal rash الذى يأخذ شكل البقع الحلقيـة Orbicular macules او الثعبانيـة Gyrati or serpiginous M. . فالجسم فى هذه الأحوال لا يتفاعل للدرجة اللازمة لايجاب تفاعل فازرمان .

ثانياً — احوال الطفح المتكرر الذى يظهر بعد علاج وافر . هنا نفسر تفاعل فازرمان السالب بتأثير العقاقير على التفاعل البيولوجى للجسم ضد اللولبيات الزهرية فالكبد والطحال والنخاع العظمى (Bone Harraw) لما تجد نفسها فى غنى عن الدفاع عن الجسم نظراً لأن العقاقير المستعملة قتالة للعدو المهاجم تتلكأ هى وتكسل فى عمل الجسم المضاد (antibody)وبذلك تفقد قوتها فى الدفاع ضد اللولبيات وتولد ذات الشعبتين (Amboceptor) الذى يوجب تفاعل فازرمان . فاذا كان العلاج غير كاف وهناك بقايا من اللولبيات الحية ينشأ ذلك الطفح المتكرر بينما تفاعل فازرمان يكون سالباً نظراً لعدم وجود ذات الشعبتين (Amboceptor) بناء على هذه النظرية ايها السادة رأى بعض علماء الزهرى ان الأوفق عدم استعمال السلفرسان فى ابتداء الدرجة الثانية حتى لا تضعف قوة الدفاع الطبيعية التى تكون وقتئذ فى اشدها

ثالثاً — يكون تفاعل فازرمان سالباً فى احوال الزهرى الخبيث حيث يكون الجسم حساساً لدرجة لا يطيق معها وجود اللولبيات بأى حال من الاحوال فيطردها الى الخارج بالطريقة الفعالة التى هى طريقة التقرحات المعهودة فى هذا النوع من المرض فلا تشعر الاعضاء المناط بها الدفاع عن الجسم

بوجود هذه اللولبيات ولا تتفاعل ضدها ولا تولد الاجسام المضادة antibodies التى توجد التفاعل

رابعاً — الحبالى حيث تكثر كمية ال Lipoids فى دم الام وهذه ال Lipoids تعمل عمل المتمم ال Complement فى عملية فازرمان وبما أنها كثيرة وغير مقيدة (free بمسك ال أول antigen بال anboceptor فيحدث تسييل فى الدم Haemolysis وعليه تكون النتيجة سالبة

فى كل هذه الاحوال أيها السادة يكون تفاعل لويتين موجباً لان هذا التفاعل لا يتوقف ايجابه على وجود ال antibodies فى الدم بل هو تفاعل جسم المصاب بالزهرى اذا لقح بمواد بروتينية زهرية .

اذن الأحوال التى يجب فيها عمل تفاعل لويتين هى

أولا — الزهرى الوراثى خصوصاً أحوال ال Keratitis Parenchyma-tosa

ثانياً — زهرى الدرجة الثالثـة خصوصاً اذا كان بها ورم صمغى أو Periostitis التهاب السمحاق

ثالثاً — زهرى الدرجة الثانية المتأخرة والزهرى فى دور الكمون خصوصاً اذا كان تفاعل فازرمان سالباً

ولأنتهز هذه الفرصة وأذكر اننا كثيراً ما نصادف أحوالا بها تفاعل فازرمان سالباً فاذا لقحت باللويتين مرة أو جملة مرات ثم أعيد الامتحان نجد أنه أصبح موجباً ويستمر فى الايجاب بعد ذلك بشكل عنيد حتى أن بعض الحالات قد لا ترجع سالبة ثانياً . هنا قد أحدث اللويتين هياجاً Provocation لتفاعل فازرمان مشابها لما تحدثه مواد بروتينية أخرى مثل اللبن والتيوبركلين والتريكوفيتين Trichophylin ولو أن كل هذه المواد البروتينية غير نوعية ولما كان تفاعل (Perd) — اعنى عوارض هياج فى مواضع المرض يعقبها

غالباً تحسين محسوس — يظهر أحياناً جلياً بعد الحقن باللويتين فكر بعضهم فى استعماله فى معالجة هذه الحالات وقد ذكر لى Planner حالة ورم صمغى بعظم الانف انفصل فيها العظم وباقى الانسجة الميتة وتحسنت الحالة بشكل مدهش بعد حقنة واحدة من اللويتين وقد شوهد تحسن فى كثير من الحالات باستعمال اللويتين كطريقة للعلاج خصوصاً مع الزئبق والسلفرسان . فاللويتين يزيد فى قوة دفاع الجسم بينما العقاقير الاخرى تهلك فى اللولبيات والطريقة المستعملة فى العلاج باللويتين هى الحقن فى الجلد كل ثلاثة أيام بكمية قدرها ٢ر٠ سم . م وهذه الكمية تزداد تدريجياً حتى تصل الى سنتيمتر مكعب فى كل مرة ومجموع الذى يحقن من اللويتين يكون حوالى عشرة سنتيمترات مكعبة . هذه الطريقة لا تزال حديثة جداً ولا بد لها من الدرس الجيد والتنقيح الكثير حتى تأتى نتيجة شافية يستريح لها الباحثون ولا يزال هذا التفاعل أيضاً ينقصه البحث الكثير والى همتكم أيها السادة التجىء لاستكشاف ما لا يزال منه غير مفهوم والسلام

علاج مرض السكر وخاصة بالانسولين

بقلم السير ولككس

ومعربة عن مجلة البراكتشنر عدد ديسمبر سنة ١٩٢٣

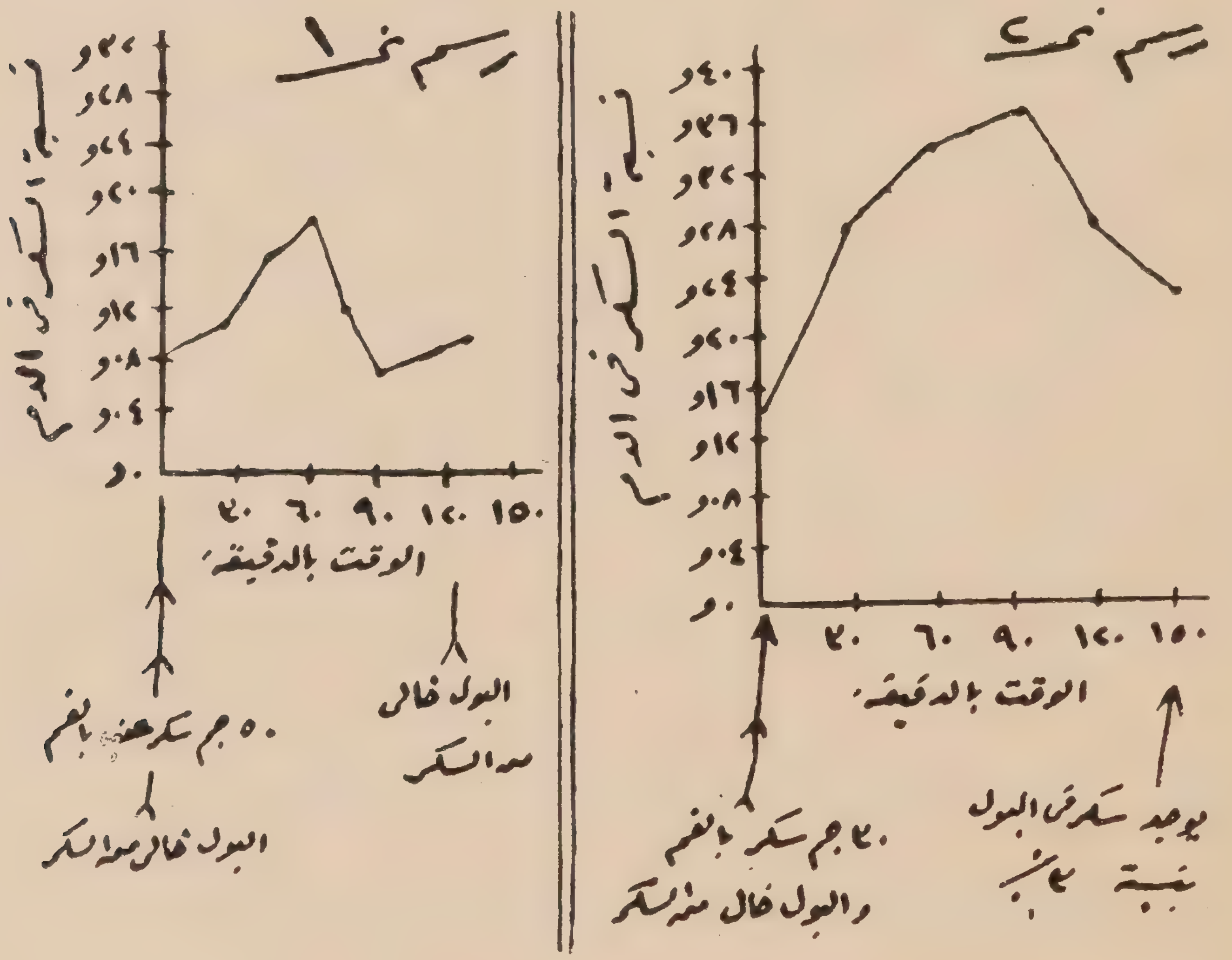
بقلم الدكتور عبد الحميد البحراوى

ان الاكتشافات الحديثة فى علاج وأسباب السكر لتعتبر من عجائب الطب ويندر فى التاريخ تعدد الابحاث على مرض واحد فى مدة قصيرة جداً مؤدية الى مثل هذه النتائج المفيدة علمياً وعملياً

مرض السكر مرض لوحظ من قرون وكان معروفا لسقراط بأعراضه المميزة له

وفى القرن السابع عشر وصفه وليس (Willis) بالدقة ولاحظ حلاوة البول ونسبها لوجود السكر فيه وفى سنة ١٧٧٦ اثبت دبسن (Dobson) وجود السكر فى البول ورغماً عن كثرة العناية ببحث هذا المرض الكثير الانتشار لا يمكن أن يقال أن معلوماتنا بالنسبة لعلاجه قد تقدمت تقدماً محسوساً الا فى المدة الاخيرة

وبرجوعنا لطرق العلاج التى كانت تستعمل قبل تعديل العلاج بواسطة



الغذاء تلك الطريقة التى سميت باسم ألين (Allen) يتذكر الانسان عدة طرق مختلفة كانت تستعمل فى القرون الماضية

كان العلاج الغذائى ينحصر فى الاحتجاب عن جميع الموادالنشوية والسماح بتعاطى كميات كبيرة من المواد الزلالية والدهنية وكان الصوم يعد خطراً وما كان ينصح به أبدا وكان ينصح باستعمال المركبات الفوسفاتيـة والكوديين

والافيون ولكن كل هذه الوصفات انتهت أيامها — يتذكر الانسان اليأس الذى كان يعتريه عندما كان يقبل المرضى بالسكر فى الاسبتالية وكيف كانت الحالات الشديدة لا يمكن أن يخلو بولها من السكر ولا المواد الكيتونية وكان كثيراً من هـذه الحالات يحصل لها تسمم حمضى (Cecid Intoscication) وتموت بالغيبوبة (coma) فى الاسبتالية . ولو أن بعض الحالات كان يتحسن فى الاسبتالية ولكن يسوء حالهم ثانيا رغماً من كل الوسائل الطبية التى كانت تتبع

نشر جلبا (Guelpa) فى سنة ١٩١٣ طريقته المسماة باسمه اذ كان يعتبر أن التسمم الذاتى (Aut-ointoxicatian) الذى يحصل من امتصاص المواد العفنة من الامعاء بسبب الأمراض شتى مثـل مرض السكر والنقرس والحالات الروماتيزميه وبعض الأمراض الجلدية الخ وقد نصح كطريقة للعلاج صيام عدة أيام على مرات مصحوبة بتعاطى كميـات كبيرة من الاملاح المسهلة وما كان يسمح بتعاطى أى غذاء اثنـاء الصيام خلاف الماء والشاى والقهوة بلا سكر ولا لبن وقد أثبت (جولبا) أن البول السكرى يختفى بسرعة باتباع طريقته السالفة وأن صحة المرضى بالسكر تتحسن كثيراً وأن كميـة السكر فى البول لا يمكن أن تزيد

وقد اثبت ألن (Allen) بعد ذلك نظرية (جولبا) بالنسبة لضياع السكر بطريقة الصوم من المرضى بالسكر ولم يعتبر ان هذه النتيجة هى نتيجة تخلص الجسم من المواد السامة ولكن من تأثير الصوم فقط وقد اثبت ذلك بعـدة ابحاث طبية وكان يثبت كل عمل من اعماله بعدة تجاريب على الحيوانات بالنسبة لعمليات التحويل الخاصـة بالمواد النشوية وقد استنتج اخيرا ان مرض السكر ناشىء من ضعف فى غدة البنكرياس واعتـبر ان النتيجة الحسنة التى تعقب الصوم انمـا هى ناشئة من اراحة البنكرياس من العمل ولم يعتبر ان المسهلات

لها اى قيمة فعليـة فى العلاج اذ ان الغرض اراحة الجهاز الهضمى لا التخلص من التعفن

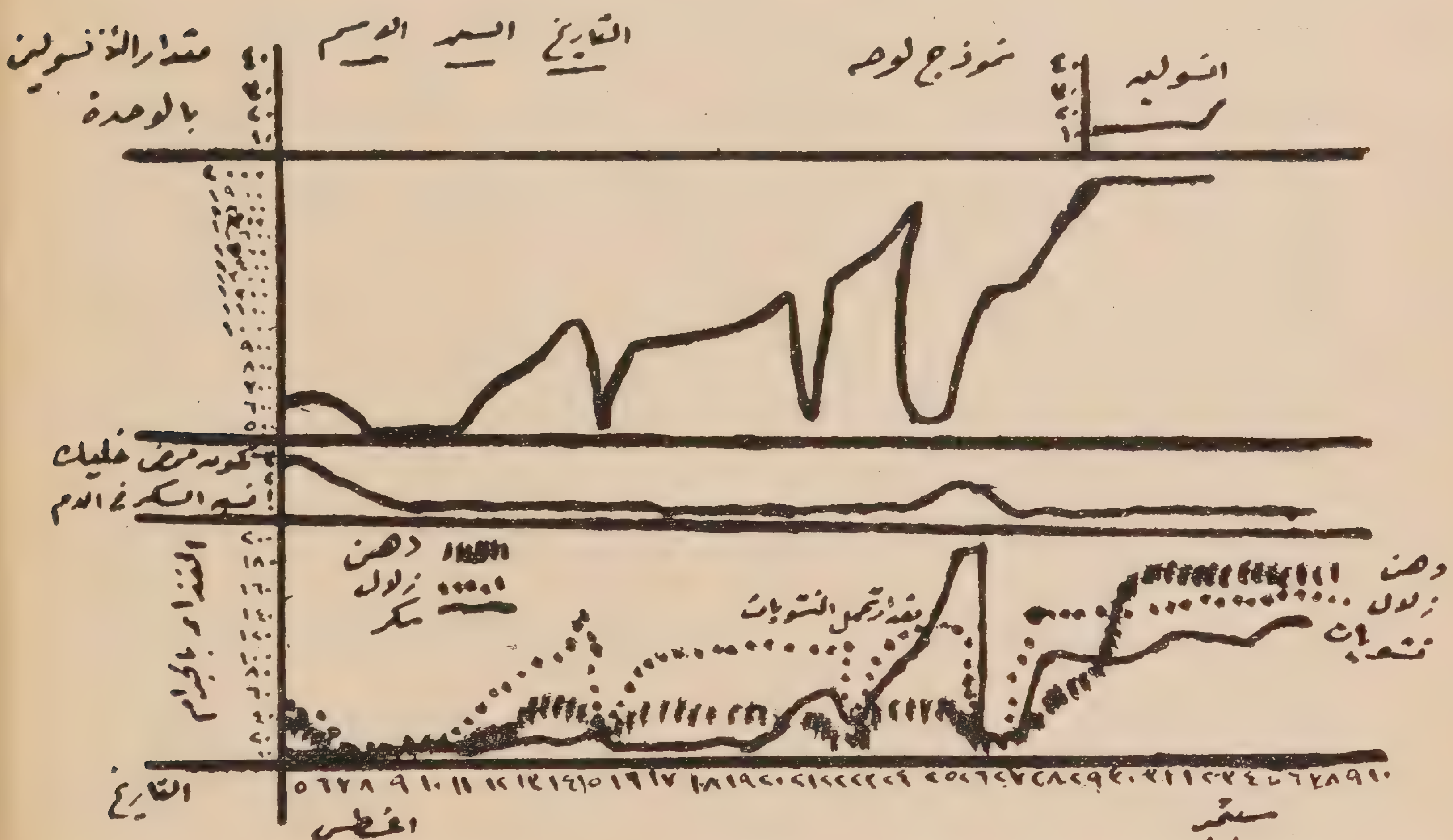
وقد اجتهد الدكتور جلسن (Gilson) من امريكا فى التطبيق الاكلينيكى للنتائج الباهرة التى حصل عليها (الن) والتى كانت تعتبرانها عملية فقط . جراهام وغيره من الأطباء فى هذه المملـكة قد أجروا عمليات قيمة فى تطبيق نظرية اراحة البنكرياس بالنسبة لعلاج السكر فى الوقت الذى كان (الن) يجد فى بحثه وقد نشرت ابحاثهم بعد ابحاث (الن) بقليل

وقد غيرت طريقة علاج (الن) جميع الطرق السابقة والنتائج الاكلينيكية الناشئة من اتباعها كانت مدهشـة جداً وقد وجد أن البول السكرى يمكن ايقافه مرة واحـدة وان زيادة نسبه السكر فى الدم والحالة الحمضية له يمكن تجديدهما وبذلك امكن الاحتياط من العواقب السيئة للمرض واصبحت الغيبوبة غير مخيفة وقد شعر الأطباء ان فى مقدورهم نوعا ماحكم المَرض، وحفظ مرضاهم بصحة جيدة والامل فى حياتهم وأنه باتباع طريقة (الن) قد ترجحت كفة المصلحة للمريض وصار لا يخاف عليـه من الامراض العارضية او من تعاطى البنج وتحمل العمليات الجراحية عند اللزوم خلافا لما كان معرضاً له المريض بالسكر من الهلاك نظراً لزيادة السكر فى الدم والحالة الحمضية وكانت اى عدوى ثانوية او صدمة جسمانية اوفكرية كافية لزيادة النسبة فى الدم واحداث غيبوبة كافية لحصول الوفاه

ولو أن التقدم الذى كان يشعر به المريض بالسكر عظيم جد باتباع طريقة (الن) الا أنه فى بعض الحالات لم يمكن أن يصل مقدار تحمل المواد النشوية الى القدر اللازم لتوليد الحرارة الكافية للجسم ولو أن زيادة نسبة السكر فى الدم والحالة الحمضية يمكن منعهما والحكم عليهما الا أن هذا لا يتأتى الا بتحديد تعاطي المواد النشوية والزلالية أقل من اللازم وبالصيام المتقطع على عدة أيام .

وكان من الصعب جداً فى الحالات الشديدة أن يسمح للمريض بالغذاء اللازم لاقناع شهيته وأصعب من ذلك تغذيتـه بالمقدار الـكافى لأدائه ولو بعض الاعمال الخفيفة (٣٠ — ٤٠ وحدة حرارة لـكل كيلو جرام) وهذا النقص أمكن استيفاؤه باكتشاف الانسولين واستعماله فى علاج مرض السكر

أعطاء الانسولين للمريض بالسكر يوقف زيادة نسبة السكر فى الدم ويضيع المواد الـكيتونية منه فى ساعات قليـلة أى أن مقدارا من الانسولين كاف لأحداث النتيجة التى لا يمكن الوصول اليها الا فى عدة ايام بطريق تعديل الغذاء



والصوم وعلاوة على ذلك فان الانسولين يزيد مقدار تحمل المريض لاستهلاك المواد النشويه ويمكنه من تعاطى مقدار كاف له من الغذاء يقرب من العادى

فى سنة ١٩٢٢ أمكن بانتنج ولست ومكليود ومساعدوهم أن يفصلوا الانسولين ويحضروه تحضيرا صالحا للاستعمال اكلينيكيا وفى ابريل هذا العام حضر الانسولين تحت مراقبـة (مجلس الابحاث الطبى) للانتفاع به عموما فى هذه المملـكة . اذ أن اكتشاف الانسولين يعد خطوة كبيرة للمشتغلين فنيا

بعد عدة تجاريب غير منتجة لفصل المادة الفعالة من الافراز الداخلى للبنكرياس ففى سنة ٩٠٨ (سلزر) حضر خلاصة كؤولية من البنكرياس منعت زيادة نسبة السكر فى الدم الناشئة عقب حقنة ادرينالين وقد استعمل هذه الخلاصة للمرضى المصابين بالسكر وتحصل على بعض النتيجة ولكن تركيبه كان ساما للاستعمال المتكرر لاحتمال احتوائه على مواد اخرى من البنكرياس وعلى ذلك لم يوفق لأثبات فائدته الاقربازينية . ولكن نهاية بحث بانتنج ومساعديه وما أدى اليه من فصل الانسولين يعتبر من احسن الامثلة للمثابرة على البحث الفنى من جملة وجوه ولأفساح الطريقة الى الابحاث المنتجة التى تنجم عنه

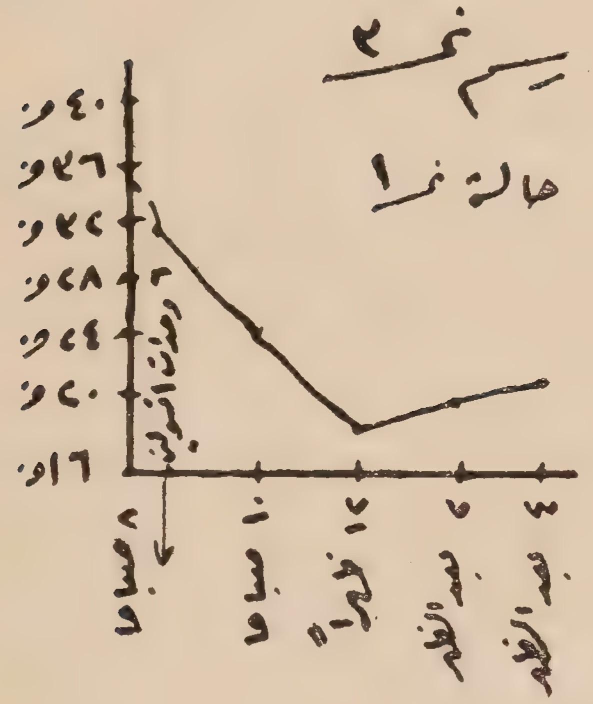
فى السنوات الأخيرة نظرا الى التقدم فى علم وظائف الاعضاء والباتولوجيه الكيماوية أمكن الوصول الى معرفة الطرق الاكلينيكية المضبوطة لتقدير نسبة السكر فى الدم وكذا الخلون وحمض الخليك فى الدم والبول ومعرفة مقدار الاحتراق والعامل التنفسى اذ يمكن تحديد كمية حمض الكربونيك الموجود فى الحويصلات الرئوية وكذا قوة اتحاد الدم بحمض الكربونيك بسهولة

ولا لزوم لذكر أسماء المشتغلين الذين ندين لهم بهذه الاكتشافات . وبتطبيق هذه الطرق أمكن ملاحظة نتيجة الانسولين بالدقة واثباتها بلا شك ومن هذا يستنتج أن المكتشفين لهذه الطرق الكيماوية الحبوية ربما يدعون أن لهم نصيبا فى هذا الاكتشاف

لا يعتبر الانسولين من الاكتشافات العظيمة فقط لأنه علاج اكيد لمرض منتشر بكثرة بل يعتبر أنه دليل ناصع على نتيجة المثابرة على العمل القائم على مبادئ صحيحة ولذا سيكون انموذجا لعدة اكتشافات مقبله

وكما أن النصر فى الحرب نتيجة لجملة مجهودات الغرض منها وجهة معينة كذلك الاكتشاف العظيم فى الابحاث الفنية لا ننظر اليه من الوجهة المادية ولكن من وجهة انه نتيجة لعدة مجهودات مبنية على قواعد معقولة . منذ

بضع سنين صرح لى أحد القواد العظام أنه فى الليلة السابقة لحرب أم درمان أخبره كتشنر (كل شىء تم تجهيزه بغاية الدقة ولم يبق سوى دخول الفيالق ويظفرون) هذا النصر لم يكن الا نتيجة مجهودات عظيمة منظمة بهذا المنظم العظيم أمكن تجهيز جيشه بكل ما يلزمه من المعدات ولم يبق عليه سوى أن يؤدى ما هو واجب عليه كذلك اكتشاف الانسولين كان مبنيا على مثل هذه القواعد وسيبقى هـذا الاكتشاف انموذجا للطرق الواجب اتباعها لحل جميع المعضلات الطبية



(انتخاب الحالات اللائقة للعلاج)

وجود السكر فى بول أى مريض عرض شديد يحتاج الى فحص دقيق ويعتبر (جوسلن) أن كل مريض يظهر فى بوله سكر يعتبر مريضا بمرض السكر حتى يثبت خلاف ذلك . الحالات الشديدة من المرض يمكن ملاحظتها بسرعة بالهزال الطارئ وكثرة التبول والعطش والضعف العام وحالة اللسان والجلد ورائحة التنفس ففى مثل هذه الحالات يكون البول رائقا وكثافته النوعية مرتفعة ويحتوى على مقدار لا يستهان به من السكر وغالبا يحتوى على خلون وحمض الخليك . فى مثل هذه الحالات يجب فحص الدم لمعرفة نسبة السكر فيه فيعطى المريض فى الصباح قبـل تعاطى أى غذاء مقدار ٣٠ جم من سكر العنب (Glucose) مذابا فى ١٥٠ جم ماء وتكون المثانة فرغت قبل هذا ويؤخذ عينات من الدم بمقـدار ٢٠ر٠ س . م . قبل تناول السكر وبعد تناوله كل نصف ساعة لمدة ثلاث ساعات وتقدر نسبة السكر فى هذه العينات ويعمل منهـا رسم

بيانى ومن هـذا الرسم يمكن التأ كد حالا ممـا اذا كانت الحالة حالة مرض بالسكر أم لا

فى الشخص السليم يبدأ الخط فى الرسم البيانى عند ١٠ ر ٠ تقريباً ويعلو لغاية ما يقرب من ١٨ ر ٠ ثم يسقط فى ظرف ساعة ونصف أو ساعتين لأقل من نقطة البدأ (انظر رسم نمرة ١) فى حالة المريض بمرض السكر يبدأ الخط بأعلى من ١٠ر٠ ويعـلو أعلى بكثير من ١٨ر٠ ولا يرجع الى نقطته الأولى حتى بعد ساعات كثيرة

أما الحالات الخفيفة من السكر فتلاحظ عادة بحفظ كيانها وسمن المريض وفى الغالب يكون دموى الشكل ولا يشكو من العطش ولا من كثرة القبول بل يوجد عنـده تصلب بالشرايين وارتفاع فى الضغط الدموى وعادة تتحسن حالته بتنظيم غذائه وقد سمى بيفى (Pavy) مثل هذه الحالة السكر الغذائى (Alimentary Glycosuria) وان لم تعالج مثل هذه الحالات فتكون النتيجة ارتفاع نسبة السكر فى الدم كثيراً وما يعقبهـا من ظهور الدمامل والجمرات والالتهـاب فى الاعصاب وربما وصلت الى التسمم الحمضى . يكون لون البول فى هذه الحالات غالبـاً غامقاً وربما يحتوى على أثر من الزلال وبعض خلايا شفافة وقد يرسب فيه بعض بلورات حمض البوليك وقد ترتفع نسبة السكر فيه الى درجة كبيرة مالم يعالج المريض وفى الغالب يحتوى على خلون وحمض الخليك . هذه الحالات يكـثر وجودها فى الطبقات الراقية المعتادة على الاسراف فى الأ كل وغالبـاً يوجدون فى العيـادات الخصوصية لا فى الاستباليـات ويستحسن فى مثل هذه الحالات عمل رسم بيانى لتقدير نسبة السكر فى الدم اذ بهـذه الطريقة يمكن معرفة السبيل المنتج فى العلاج ويظهر تحسين أ كيد بتنظيم الغذاء فى مثل هذه الأحوال

يوجد نوع آخر يسمى بالسكر الـكلوى وهو نوعان نوع مصحوب بالتهاب

كلوى مزمن فيـه يوجد بالبول سكر وزلال وخلايا كلوية والنوع الاخر لا يكون مصحوبا بمرض كلوى . هذه الحالات الـكلوية التى يعبر عنها بمرض السكر البرىء (Diabets Innocens) لا يظهر عليهـا أعراض مرض السكر وقيمة السكر التى تفرز فى البول لا تتوقف على كمية السكر فى الغذاء وبعمل رسم بيانى يمكن تمييز هذه الحالات بسرعة من حالات مرض السكر الحقيق اذ يظهر فى الرسم أن أعلى نقطة لا تعلو عن النسبة الطبيعيـة كما أن النزول يحصل فى الوقت الطبيعى ولا يعتبر وجود السكر فى البول ناشئاً عن زيادة نسبة السكر فى الدم بل الضعف فى الـكلى يسمح بمرور السكر . وفى مثـل هذه الحالات العلاج بالانسيولين ضار جداً والصوم لا يكون ضرورياً ولـكن اللازم هو تحديد كمية النشويات فى الغذاء لنسبة محدودة ومنع السكر من الغذاء

يوجد بعض حالات يظهر فيهـا السكر أحيانا ويغيب تارة اخرى وربما يكون السبب فى مثل هذه الحالات الاسراف فى الغذاء أو أى تأثير عصبى أو وجود تسمم مزمن ناشئ من نقطة عدوى بعيـدة . فى مثل هـذه الحالات الراحة والغذاء المنظم وازالة أى عدوى موجودة بالجسم كاف لزوال السكر بسرعة

فى مثل هذه الحالات يجب عمل تجربة لمعرفة مقدار تحمل المواد النشوية فيعطى المريض ٥٠جم سكر عنب مذابا فى مقدار من الماء بعد الافطار بساعتين بقطعة من الخبز والزبد والقهوة . هذه الاكلة يجب أن لا يعقبها ظهور سكر فى البول مالم يوجد مرض السكر فاذا ظهر سكر يجب عمـل رسم بيانى يبين نسبة السكر فى الدم . ربما يظهر السكر فى البول نتيجة لمرض الفوتر الجحوظى Exophthalmic Soitre أو تعاطى خلاصة الغـدة الدرقية أو اضطراب فى الـكبد الخ ففى مثل هذه الحالات ان لم ينقطع السكر بعد الراحة وتعديل الغذاء يجب عمل رسم بيانى

ليس من السهل الحـكم فى تقـدير نسب السكر فى الدم على اعتبار الحالة

بأنها مرض السكر أم لا اذ أن الرسم ربما يكون على الحافه ولا يدل الا على اضطرابه فى عملية تحويل المواد النشويه — أعالج الآن رجلا هنديا نسبة السكر فى الدم عنده فى غير أوقات الغذاء ٢٠ر٠ وترتفع الى ٣٠ر٠ عقب تعاطيه ٣٠ جم سكر عنب بساعة شكل الرسم يشبه الطبيعى وتسقط النسبة بعد ساعتين الى أقل مما كانت عليه أولا ويظهر كمية صغيرة من السكر فى بوله اذا أكل الأكل المعتاد وعلى ذلك تعتبر هده الحالة حالة مرض سكر خفيف

يتوقف الحكم على اتباع الطريقة المناسبة لعلاج أى حالة بمراعاة دوام وجود السكر فى البول ونوع الرسم البيانى المبين لنسبة السكر فى الدم وأهم من ذلك الاعراض الاكلينيكية الظاهرة على المريض

لا يمكن الاعتماد على طرق التحليل فى المعمل فقط واعتبارها أساساً فى تحديد طريقة العلاج . بل يجب مراعاتها مع الاعراض فى بعض الحالات خصوصاً فى المرضى المتقدمين فى السن المصابين بسل رئوى أو أى مرض آخر . التمسك بغذاء محدود يؤدى الى نتائج سيئة وكذا ربما تكون الحالة الاقتصادية تحتم على المريض الاشتغال ففى هذه الحالات يجب المراعاة ولذا كل حالة يجب علاجها على حسب ظروفها الا اذا ثبت وجود مرض السكر فأنه لابد أن تتبع طريقه خاصة ويجب البدء فى العلاج بطريقة الن الغذائية والطريقة المعتاد اتباعها فى علاج مرضى اسبتالية (سنت مارى) التى تحت مباشرتى كالآتى

عند الدخول يوضع المريض يومين تحت غذاء القرطم والخضراوات (غذاء ١) ثم يوماً (غذاء ٢) وعادة بعد هذه المرة تكون المواد الكيتونية قد انعدمت أو قلت كثيراً ثم يصوم المريض ولا يسمح له فى أثناء ذلك الا بتعاطى مرق اللحم والشاى بلا سكر ولا لبن والشراب الأمبراطورى . يستمر الصيام مدة يوم بعد زوال السكر من البول ولا يستحن الصيام فى الحالات التى يستمر وجود الخلون وحمض الخليك عقب الثلاثة أيام الأول بل يعطى المريض

(غذاء ١) لغاية ضياع هذه المواد ثم يبدأ الصيام وبانتهاء هذه المدة يكون السكر قد انعدم من البول . ويستمر على عدم اعطاء مواد نشوية لمدة أربعة أيام أخرى وتكون كمية الدهن أقل من ٣٠ جم ويزاد مقدار المواد الزلالية يوميا ٣٠ جم حتى يصل الى ١٢٠ جم فى رابع يوم (غذاء ٣ + ٤ + ٥ + ٦)

بهذه الطريقة يمكن معرفة مقدار تحمل المواد الزلالية وعادة لا يظهر السكر فى البول أثناء هذه المدة — ثم يصوم المريض يوما بعد هذا ثم يعطى غذاء يحتوى على ٩٠ جم مواد زلالية و ٣٠ جم مواد دهنية وتزاد المواد النشوية كل يوم ١٠ جم لنهاية ستة أيام ويفحص البول يومياً بدقة للسكر (غذاء ٧ + ٨ + ٩ + ١٠ + ١١ + ١٢) واذا ظهر السكر يعرف مقدار تحمل المواد النشوية وان لم يظهر بعد سبعة أيام يصوم المريض يوماوفى اليوم التالى يعطى الغذاء السابق للصيام ويسمح له بمواد نشوية ٨٠ جم ويزاد يومياً ٢٠ جم (غذاء ١٣ + ١٤ + ١٥ + ١٦) وبظهور السكر يعرف مقدار تحمل المواد النشوية وبمعرفتها مع الخلو من المواد الكيتونية يجتهد فى أزالة أى عدوى موضعية اذا وجدت

« العدوى الموضعية من مسببات مرض السكر » من المعلوم جيداً أن أحوال السكر الشديدة ربما تنشأ من التسمم الحاصل من أى عدوى حادة ولذا فقد رأيت مراراً جمرات مصحوبة بالبول السكرى وبعد العلاج الجراحى للجمرة يزول البول السكرى ويرجع تحمل الموادالنشوية الى الحالة الطبيعية وقد وصف الدكتور (ليتن) حالة بول سكرى شديد مصحوبة بتقيح شديد فى الاسنان وبنزع الاسنان زال السكر بالكلية وفى عدد البركتشنر لنوفمبر سنة ٩٢١ وصفت حالة بول سكرى شديد اعقبت العدوى المتكررة بالحصبة والحمى القرمزية والصفراء المعدية الحاصلة فى ظرف ستة أشهر ويمكن وصف أمثلة كثيرة من هذا القبيل

وقد ألقيت فى الجمعية الطبية الملوكية للاطباء فى سنة ٩٢٣ موضوع

(تقيح الاسنان كمسبب لأمراض فى الأعضاء الأخرى) أن ١٢ ٪ من حالات تقيح الاسنان مصابة بالبول السكرى كنتيجة للتقيح ومن المسلم به أن جزر لنجرهان تتأثر من السموم التى تمتص ولذا يجب فى كل حالة مرض بالسكر البحث الدقيق عن وجود عدوى موضعية فيفحص الانسان جيداً وليس بالنظر فقط دائما باشعة رنتجن اذ ربما يكون هناك تقيح عند جذور الاسنان ولو أن شكل اللثةسليم وكذا اللوز والحفر الانفية والبلعوم وكذا الجهاز الهضمى كل ذلك يجب فحصه بدقة . ويستحسن عمل فحص بكتريولوجى للبول والبراز وتعالج أى عدوى موضعية بالطرق الجراحية اللازمة اذ بعد انقطاع البول والمواد الكيتونية لا يوجد أى خوف من استعمال أى مخدر لعلاج العدوى بالجراحة فتستعمل المخدرات الموضعية او العمومية كالغاز اوالغاز والاكسجين او الاثير ففى الثلاث سنوات الاخيرة اعطيت عدة حالات الغاز والاثير تحت مباشرتى ولم يطرأ أى عارض مخيف ولكن يجب عدم استعمال الكلوروفورم نظراً لشدة تأثيره السام

وعادة بعد ازالة العدوى الموضعية يقل تحمل المواد النشوية ويظهر البول السكرى مؤقتا وليس هذا ناشئا من تأثير المخدر ولكن ربما يكون من امتصاص المواد السامة من موضع العملية وقد لاحظت أن تحمل المواد النشويه يرتفع زائدة جداً بعد ذلك وفى بعض الحالات يكاد يقرب من الطبيعى ولا يكون هناك لزوم لأى علاج آخر وفى بعض حالات العدوى الموضعية المزمنة تحتمل أن التلف الذى اصاب البنكرياس عظيم حتى أنه لا ينتظر تحسن كثير بالنسبة لتحمل النشويات ولكن زوال العدوى بقى من زيادة التلف التى ربما تحصل

والآتى أمثلة حسنة للعدوى الموضعية الشديدة المصحوبة بمرض السكر الشديد

حالة نمرة ١ — هـ . ب . عمره ٣٥ سنة خام دخل مستشفى سنت مارى فى ١٠ ابريل سنة ٩٢٣ بتاريخ مرض السكر منذ خمسة شهور . نسبة السكر

فى الدم عند الدخول ٢٩٥ و . ٠٪ السكر فى البول او ٧ ٪ خلون بكثرة فى البول . تحمله للمواد النشوية معدوم ولا يخلو البول من السكر الا بتكرار أيام الصيام وقد ظهر بالاسنان تقيح شديد والقيح يخرج من بين اللثة والاسنان بالضغط وسحنة المريض كئيبة وترابية وتدل على تسمم شديد . أعطى ٢٠ وحدة من الانسولين يوميا لتقلل من الخطر الذى يحصل من خلع الاسنان ولم يكف هذا المقدار لزوال السكر من البول مع تعاطى ٤٠ جم مواد نشوية وقد خلعت الاسنان على ثلاث دفعات باعطاء الغاز كمخدر وبعد خلعها تحسنت حالة المريض كثيراً وسحنته رجعت طبيعية وازداد تحمله للمواد النشوية الى ٥٠ جم مع تعاطى ١٠ وحدات من الانسولين وكان تحمله للمواد النشوية عند الخروج بدون انسولين فى ٢٢ يونيه سنة ١٩٢٣ — ٣٠ جم ومنذ خروجه والمريض يشتغل وصحته جيدة وقيمة غذائه (١٣٩٢ وحدة حرارة) . حالة نمرة ٢ تبين شدة اهمية زوال العدوى الموضعيه فى بدء المرض — ت . ه . بجارقبل بمستشفى سنت مارى فى فبراير ٢٧/٢٣ . السكر فى البول ٤ ٪ . الخلون موجود . السكر فى الدم ١٩١٦ ر٠ ويعطى تاريخ كثرة تبول ابتداء من ٩ يناير سنة ٩٢٤ وقد ظهرت دمامل على الوجه فى ٢٦ يناير وفى هذا الوقت عرف احتواء البول للسكر بواسطة طبيب فرنسى . الضغط على اللثة ينتج قيحاً من اللثة والاسنان وباستشارة الدكتور (دولامور) خلعت جميع الاسنان على دفعتين بعد اخلاء المريض من السكر والمواد الكيتونية بالعلاج الغذائى وبعد شفاء اللثة ارتفعت نسبة تحمله للمواد النشوية الى ما يقرب من الطبيعى ولم يظهر السكر فى البول بتعاطى غذاء يحتوى على ١٨٤ جم مواد نشوية وقد أخرج المريض من المستشفى فى ١٠ ابريل سنة ١٩٢٣ وغذاؤه يحتوى على ١٥٠ جم مواد نشويه و١٠٠ جم مواد زلاليه و١٠٠ جم مواد دهنية (١٩٠٠ وحدة حرارة) ولا يزال المريض فى صحة جيده وخالياً من السكر الى هذا التاريخ . ولم يعط أنسولين لهذه الحالة أبداً

حالة نمرة ٣ — ب . ث . انثى عمرها ١٣ سنة تاريخ مرض السكر منذ ستة أشهر . أدخلت المستشفى فى ١٤ أغسطس سنة ١٩٢٣ . نسبة السكر فى ٥ر١٪ مع وجود خلون . اللوز متضخمة ومتضحة . الاسنان جيدة . مقدار تحمل النشويات بعلاج ألن ٨٠ جم . أزيلت اللوز فى ١٣ سبتمبر باستعمال الغاز كمخدر وتسبب من ذلك ظهور السكر فى البول ثانياً وقلة التحمل للنشويات ومن بعد ذلك أخذ تحمل النشويات يرتفع وفى ٢٩ سبتمبر كان مقدار ١٢٠ جم نشويات فى الغذاء لايحدث سكرا فى البول ولم يعط الانسولين لهذه الحالة لغاية الآن

من منذ الثلاث سنوات الأخيرة تفحص كل حالة مرض بالسكر فحصاً دقيقاً عن وجود عدوى موضعية وانى لاشكر زملائى المستر (دولامور) لعلاج تقيح الاسنان والمستر (سل جراهام) لعلاج حالات تقيح الحلق و لخلايا الانفية . وأغلب الحالات كان بها عدوى موضعية وأزيلت وفى كل حالة زوال العدوى الموضعية كان يحدث ارتفاع فى تحمل النشويات وفى حالات كثيرة مثل حالة نمرة ٢ كان التحسين مدهشاً للغاية وانى أعتبر ازالة العدوى الموضعية من أهم ما يلزم فى علاج مرض السكر وأى علاج آخر كتعديل وأعطاء الانسولين انما فائدته مؤقتة

ولأجل الحصول على نتيجة دائمية فى مرض السكر أول شيء يجب ملاحظته زوال السكر من البول والمواد الكيتونية وزوال زيادة نسبة السكر فى الدم بواسطة العلاج الغذائى بطريقة (ألن) وأعطاء الانسولين اذا لزم ثم بعد ذلك تزال العدوى الموضعية اذا وجدت وليس هناك أى خطر من الوسائل الجراحية أو اعطاء مخدر بعد العلاج المبدئى الذى ذكر ومن اتباع هذه الطريقة زيادة تحمل المواد النشوية ويمكن زيادة ذلك أيضاً باستعمال الانسولين فى الاحوال اللائقة لذلك

منذ الثلاث سنين الاخيرة كل حالات مرض السكر التى تعالج بمعرفتى فى

مستشفى سنت مارى لها لوحات تدل على مقدار مايعطى من المواد النشوية والزلالية والدهنية وقيمة الغذاء للحرارة Caloric Value ووجود خلون فى البول وأيام عمل عمليات جراحية ووجود السكر فى البول ونسبته ومقدار كمية البول ونقط اخرى مثل مقـدار الانسولين اذا كان يعطى او حصول طوارىء اخرى (انظر لوحة صحيفة ١٥٢) وبهذه الطريقة يمكن معرفة مقدار التقدم حالا والتغييرات اللازمة فى العلاج

وانى لمدين لأطباء الامتياز الذين اظهروا ميلا شديداً فى هذا الموضوع واخص بالذكر (مسا . د . فستر . ر . ث . س) التىكانت عونالىفىاستخراج وضبط اللوحات ورسم لوحات الغذاء التى ساعدت كثيراً المحرضات على اداء عملهن وبصحيفة — لوحة من هذا النوع يوجد بالفهرس نماذج للغذاء

العلاج بالانسولين

فى حالات مرض السكر الشديد المصحوب بقـلة تحمل النشويات وزيادة كبيرة فى نسبة السكر بالدم لا يمكن تقدير فائدة الانسولين وكذا فى حالات التسمم الحمضى فائدته عظيمة جداً

عند ظهور أعراض خطرة تدعو لاعطاء الانسولين مثل الاعراض السابقة لحصـول الغيبوبية كالتطلب للهواء والخمول وعدم الراحة والضعف والدوخة والسبات والقئ وسرعة النبض وزيادة حمض الخليك والخلون فى البول والدم يجب تقدير نسبة السكر فى الدم بدون تباطؤ واعطاء الانسولين بمقدار مناسب فيعطى مقدار مبدئى عشر وحدات أو أكثر ويكرر هذا المقدار مع زيادة فيه اذا لزم ويمكن ضبط المقدار ومواعيد اعطائه بتنويع الاعراض ونسبـة سكر الدم ويستحسن فى مثل هذه الاحوال اعطاء عصير البرتقال وقليل من المواد النشوية مثل شوربة القرطم وبعد زوال الاعراض الخطرة تعدل طريقة

العلاج كالآتى : —

يبدأ العلاج بتعديل الغذاء على طريقة (ألن) للتأكد من معرفة مقدار تحمل المواد النشوية

وفى الحالات التى يكون فيها مقدار تحمل النشويات أقل من ٣٠ جم ونسبة سكر الدم أعلى من المعتاد يستحسن العلاج بالانسولين وفى أثناء العلاج اذا كان هناك عدوى موضعية لا بد من ازالتها بالطرق الجراحيـة . وفى حالة ما اذا كان تحمل النشويات أكثر من ٣٠ جم ونسبة سكر الدم أثناء العلاج حوالى الطبيعى يمكن ازالة العدوى الموضعية بدون علاج الانسولين وبعد البرء من العدوى الموضعية يستحسن تقدير نسبة سكر الدم يومياً مع التحقق من مقدار تحمل النشويات فاذا بقى مقدار التحمل قليلا (أقل من ٥٠ جم) ونسبة سكر الدم أعلى من الطبيعى يستحسن علاج الانسولين .

وباتباع الطرق الفنية فقط يمكن للانسان الحكم على الحالة اذا كانت صالحة لعلاج الانسولين والنتائج التى تعقبه ولـكن اعطاء الانسولين لـكل حالة سكر فى البول بدون ترو ولا بحث لا يحتمل أن يأتى منها أى فائدة بل محفوفة بالمخاطر

اعطاء الانسولين ومقاديره — يحضر الانسولين فى محلول مائى مضاف له مقدار صغير من مادة مطهرة والمقدار الـكافى من الانسولين لانزال نسبة السكر فى الدم فى أرنب سليم وزنه ٢ كيلو الى ٠٤ر ٪ (الحد الذى يحصل فيه تشنجات) كان يعبر عنه بوحدة ولـكن الآن يعبر عنه بثلاث وحدات ويجب اعطاء الانسولين حقناً تحت الجلد اذ تعاطيه عن طريق الفم أو بالدلك لا يأتى بالفائدة المطلوبة اذا أعطى الانسولين لمريض بمرض السكر يتعاطى مقداراً قليلا من النشويات فان نسبة السكر فى الدم تهبط الى أقل ما يمكن فى ظرف ٤ الى ٦ ساعات وتبقى كذلك مدة تتراوح بين ٨ الى ١٢ ساعة ومقدار

تحمل الشخص السليم نظراً لتخزين الجليكوجين فى الكبد أكبر بكثير عن المصاب بمرض السكر ولذلك يلزم اعطاء المقادير الأولى باحتراس شديد واذا لزم تصويم المريض يوماً يجب ايقاف الانسولين قبل ذلك باثنتى عشر ساعة لأن تأثيره المستطيل ربما يحدث اعراض نقص نسبة السكر فى الدم Hypogly caemia

حالة نمرة ٤ تبين أهمية هذه النقطة . أعطى المريض ١٠ وحدات من الانسولين عند الافطار (٦ صباحاً) وكانت أكلته محتوية على ¼ أوقية قرطم وبرتقاله وبيضة وشاى وبسكويتتين AKoll

(مواد نشوية ٢٠٫٤٥ جم) وبعد الافطار بدئ بصيامه يوماً . عند اثنين مساء (بعد ٨ ساعات من اعطاء الانسولين) ظهرت أعراض مخية عند المريض . قيامه من الفراش وطلبه طعاماً من المرضى الآخرين وبعد دقائق قليلة حصل عنده غيبوبة وباعطائه محلول سكر عنب بالفم شفى تماماً وزالت الاعراض ولو لم يعط هذا المحلول لحصلت الوفاة غالباً . ومما يستلفت النظر تأخير نزول نسبة الدم الى أقصاها (٨ ساعات)

لبدء العلاج يعطى ١٠ وحدات من الانسولين عند الافطار (٦ صباحاً) ويسمح للمريض بأغلب النشويات المسموح له بها أثناء اليوم وبتقدير نسبة السكر فى الدم قبل الافطار أو بعد العشاء يظهر تأثير العشر وحدات ووجود السكر فى البول دليل على أن المقدارليس بزائد ويمكن زيادة مقدار الانسولين عند الافطار الى ٢٠ أو ٣٠ وحده بالاستدلال من اللوحة وفى الحالات الشديدة يمكن اعطاء مقدار كبير عند الافطار ونصفه فى الظهر مع الغذاء ويلزم احتواء العشاء على قليل من النشويات

الغرض من العلاج بالانسولين — أن النتيجة السريعة فى زيادة تحمل المواد النشوية ظاهرة جداً . ولأجل الحصول على نتيجة دائمة من العلاج

بالانسولين يستحسن أثناء العلاج أن تكون نسبة السكر فى الدم حوالى الطبيعيـة حتى يمكن للبنكرياس أن تستريح ويوجد فيها النشاط لاسترجاع قوتها وعلى ذلك يجب تحديد كمية الانسولين مع مراعاة هذا القصد وبهذه الطريقة يحتمل أن يحصل الانسان على زيادة دائمة فى تحمل النشويات فى نهاية العلاج

التحسينات التى تظهر عقب الانسولين — ان النتائج الحسنة للعلاج بالانسولين لا يدخلها أى شك وفى غالب الحالات تكون عجيبة جداً ففى

حالة نمرة ٥٠ر٠ ب ٠ قيمة تحمل النشويات معدومة وباعطاء ١٤ وحدة صارت ٤٠ جم من النشويات

حالة نمرة ٦ ث ٠ر٠ ازداد تحمل النشويات من ٦٢ جم الى ١٩٣ جم بمقدار ٢٠ وحده انسولين يومياً

حالة نمرة ٤ (أنظر سابقاً صحيفة) س . ه . عمره ٥٦ سنة ذكر تاريخ مرض السكر من ١٩١٦ . أدخل المستشفى فى ١٣ أغسطس سنة ١٩٢٢ وبوله يحتوى على ٤ر٥ ٪ سكر وخلون بكثرة واعراض التهاب عصبى محيطى Peripheral Neuritis وضعف فى البصر Amblyopoia وقد ثبت أن ضعف البصر ناتج من تسمم بالدخان ولم يوجد التهاب بالشبكية . نسبة السكر فى الدم ٢٨ر٠ ٪ عند الدخول وتحمله للنشويات ١٠ جم فى ٢٨ أغسطس وفى ٢٩ أغسطس اعطى ٢٠ وحده أنسولين يومياً وفى ٢١ أغسطس أزيلت ثلاث أسنان مسوسة تحت الغاز كمخدر وفى ٢٢ سبتمبر كان تحمله للنشويات ١٢٠ جم بدون ظهور سكر فى البول وظهر عند هذا المريض اعراض قلة السكر فى الدم حينما صوم يوماً عقب مقدار من الانسولين أعطى له مع غذاء محتو على نشويات

فى بعض الحالات لا يظهر للأنسولين تأثير كبير على تحمل النشويات وعند

ذلك يجب البحث جيداً عن أى سبب آخر والحالة الآتية مثال حسن لذلك —

حالة نمرة ٧ — م .ب . عمرها ٢٦ سنة . دخلت المستشفى فى ٧ ابريل سنة ٩٢٣ بتاريخ ٤ شهور لمرض السكر نسبة السكر فى البول ٪ وخلون بكثرة نسبة السكر فى الدم ٢٥٨ و. ٪ يوجد ثلاث اسنان متقيحة اللوز متقيحه . بعد العلاج الغذائى وجد تحملها للنشويات أقل من ٨ جم . اعطيت انسولين وكانت ٢٤ وحده لازمه لرفع تحملها للنشويات الى ٢٠ جم واثناء وجودها بالمستشفى ازيلت الثلاث اسنان المتقيحه . ادخلت المستشفى ثانيا فى ١٧ يوليه نظراً لرجوع الاعراض وكان السكر والخلون بكثرة فى البول ونسبة السكر فى الدم فى الصباح كانت ٢٨١ و. ٪ يزيد مقدار الانسولين الى ٤٥ وحده وفى ثلاث مرات ظهرت اعراض قلة السكر فى الدم . واستمر مقدار تحمل النشويات حوالى ٢٠ جم رغما من زيادة مقدار الانسولين . عند ذلك تقرر أزاله اللوز المتقيحه وقد عملت العملية بنجاح بواسطة المسترسسل جراهام واعطى الغاز كمخدر . بعد البرء من العملية ارتفع تحمل النشويات الى ٤٠ جم مع ٣٠ وحده من الانسولين . فى هذه الحالة ظهر أن العامل المؤخر فى النجاح هو امتصاص المواد السامة من اللوز المتقيحه وقد زاد التحسن بعد زوالها . اخرجت المريضه فى ٢٨ اغسطس سنة ٩٢٣ وغذاؤها يحتوى على ٥٠ و ١٧ جم نشويات و ١١٠ جم مواد زلاليه و ١١٢ جم مواد دهنيه (القيمه الغذائيه ١٨ ١٥ وحدة حرارة) مع نصحها بتعاطى ١٠ وحدات انسولين يوميا

خطرات اعطاء الانسولين (هبوط نسبة سكر الدم كثيراً) يحضر محلول الانسولين بدقه وعناية حتى انه لا يخاف من حصول تسمم أو رد فعل المواد الزلاليه والخطر الوحيد هو حدوث هبوط شديد فى نسبة سكر الدم وما يتبعه من الاعراض الفسيولوجيه

أعطاء ثلاث وحدات من الانسولين لارنب صحيح وزنه ٢ كيلو يحدث عنده ضعفا فى ارجله الخلفية وبلادة وغيبوبة وتحدث تشنجات عادة فى ظرف

ساعتين أو ثلاثة وتهبط حرارته هبوطا كبيراً وتسقط نسبة سكر الدم الى ٤ . و٠٪ وربما يموت الحيوان اذا لم يعط له محلول سكر العنب تحت الجلد حيث يبرأ تماما . فى المريض بالسكر الذى يوجد عنده زيادة فى نسبة سكر الدم أعطاء الانسولين يسبب هبوط فى نسبة سكر الدم ويصل الى أقل ما يمكن فى ظرف اربعه الى ثمان ساعات بعد الحقنه (انظر لوحه نمرة ٣) واذا نزلت النسبة الى ٧ . و٠٪ تظهر علامات مبدئية مثل ضعف وتعب وفقدان فى الحركات والعرق علامة مبكرة والاحساس بالبرد والحر يتعاقب فى جميع الجسم وعادة يحس بالجوع واذا نقصت النسبة الى ٥ . ٠٪ تشتد الاعراض ويظهر الهذيان والصعوبة فى التكلم والسبات ثم الغيبوبة والاعراض خطرة اذ أن هبوط نسبة السكر فى الدم لاقل من ٥ . ٠٪ يعقبها الموت عادة

من ذلك يعلم أن الاحتياطات التى تنوه عنها جمعية الابحاث الطبية لازمة جداً ولا يمكن التنبؤ فى حالة مريض بمرض السكر عن مقدار هبوط نسبة السكر فى الدم اذ لا يتوقف ذلك على مقدار النسبة قبل اعطاء الانسولين ولذلك يلزم أن يكون بالقرب من المريض محلول معقم من سكر العنب بنسبة ١٠ ٪ . حتى اذا ظهرت اعراض هبوط نسبة السكر فى الدم يعطى المحول حالا بالفم أو أن كان هناك لزوم يحقن تحت الجلد أو فى الوريد وعند ظهور الاعراض المبدئية أعطاء عصير برتقاله كاف لزوالها ويمكن منع ظهور أعراض قلة سكر الدم باعطاء الانسولين وقت الطعام ويكون محتويا على مقدار من النشويات ويستحسن اعطاؤه مع الانتظار واذا لزم تكرار المقدار يعطى نصف مقدار الصباح أو ثلثه ولا يعطى بعد منتصف النهار حتى يمكن تلافى خطر حصول اعراض قله نسبة سكر الدم فى الليل وينتهى زمن الخطر بعد ثمان ساعات الى عشرة من أعطاء الانسولين

التسمم الحمضى والغيبوبة السكريه — العلامات المبدئية للتسمم الحمضى

يمكن ازالتها بالعلاج الغذائى بأعطاء غذاء يحتوى على نشويات مثل عصير البرتقال وشوربة القرطم (انظر لوحات الغذاء — ايام القرطم وغذاء التسمم الحمضى) وعند ظهور اعراض مثل الخمول والسبات تعتبر الحالة خطرة جداً وكانت طريقة العلاج فى هذه المملكة قبل اكتشاف الانسولين مقتصرة على اعطاء النشويات والقلويات بالفم أو بالمستقيم أو حقنا تحت الجلد أو فى الوريد واذا حصلت الغيبوبة لم يكن هناك أى أمل مطلقا . والانسولين يعتبر الآن علاجا قاطعا واكيدا ليس فقط فى ايقاف مجىء الغيبوبة عند ظهور الاعراض المبدئية بل شافيا أيضاً للغيبوبة ذاتها

فعند ظهور الغيبوبة يعطى الانسولين بمقادير كبيرة (٢٠ وحده أو اكثر) ومعه محلول سكر عنب ٥ ٪ فى محلول ملحى حقنا تحت الجلد أو فى الوريد اذ ليس السبب فى سكتته زيادة نسبة سكر فى الدم بل وجود حمض الخليك فى الدم وهذا الأخير يختفى بسرعة باعطاء الانسولين ومحلول السكر معا

وقد ذكر بانتنج وكاميل وفلتشر (المجلة الطبية الانجليزيه ٦ يناير سنة ٩٢٣) عشر حالات غيبوبة سكريه عولجت بالانسولين ستة برئوا وفى الاربع وفيات ظهر أن ثلاثة منهم كان عندهم تسمم ناشىء من اسباب اخرى غير مرض السكر

وبالجملة يجب على الطبيب فى علاج مرض السكر بالعلاج الغذائى درس كل حالة على حدتها يساعده فى ذلك حالة المريض الاكلينيكية وكذلك التحليلات الكيماويه

وقد اجتهد فى عمل طرق عامة تتبع فى علاج كل حاله ولكن فى الحالات الشديدة ربما يحتاج الأمر ان تعديل ولا يصح اتباع طريقة من الطرق بدون أى تحويل فيها وعلى كل حال يجب تتبع طريقة العلاج مع ادخال التغييرات عليها عند اللزوم وبذلك يمكن الوصول فى النهاية الى الظفر

نماذج الغذاء

غذاء ١ يوم القرطم التام والخضروات

		نشا	زلال	دهن
افطار	شاى ولبن ½ أقية	٧٥ر	٥ر	٥ر
	قرطم ½ أقية (جاف)	١٠	٥ر٢	١
	كرنب مطبوخ ٤ أوقيات	٤	٢	٠
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم وبسكويته(اكول)	٠	٣	٠
الغذاء	كرنب مطبوخ ٦ أوقيات	٦	٣	٠
	برتقالة واحدة	١٠	٠	٠
	شوربة لحم و٣ بسكويت (اكول)	٠	٩	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٧٥ر	٥ر	٥ر
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
العشاء	قرطم ½ أوقية (جاف)	١٠	٥ر٢	١
	كرنب مطبوخ ٤ أوقيات	٤	٢	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
		٥ر٤٥	٤٣	٣

قيمة الغذاء ٣٨١ وحدة حرارة

غذاء ٢ يوم نصف قرطم والخضراوات

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٧٥ر	٥ر	٥ر
	١ بسكويت (أكول)	٠	٣	٠
	برتقاله واحده	١٠	٠	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم	٠	٠	٠
الغذاء	كرنب مطبوخ ٧ أوقيه	٧	٣ر٥	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٧٥ر	٥ر	٥ر
	١ بسكويت (أكول)	٠	٣	٠
العشاء	قرطم ½ أوقية	١٠	٢ر٥	١
	شوربة لحم و١ بسكويت (أكول)	٠	٣	٠
		٢٨ر٥	٢٢	٢

قيمة الغذاء ٢٢٠ وحدة حرارة

غذاء ١

غذاء التسمم الحمضى

(يستعمل اذا كان الصيام غير جائز)

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٧٥و	٥و	٥و
	قرطم ½ أوقيه (جاف)	١٠	٢و٥	١
	بيضة واحدة	٠	٦	٦
	عدد٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و بسكوته	٠	٣	٠
الغذاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١و٥	٠
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٩
	برتقالة واحدة	١٠	٠	٠
	شوربة لحم	٠	٠	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٧٥و	٥و	٥و
	١ بسكويت (اكول)	٠	٣	٠
العشاء	كرنب مطبوخ ٣ اوقيات	٣	١و٥	٠
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
	برتقالة واحدة	١٠	٠	٠
	شوربة لحم	٠	٠	٠
قيمة الغذاء ٤٦٤ وحدة حرارة		٣٧و٥	٦٠و٥	٨

غذاء ف   صيام تام

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى بدون لبن	٠	٠	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم	٠	٠	٠
الغذاء	شوربة لحم	٠	٠	٠
شاى	شاى بدون لبن	٠	٠	٠
العشاء	شوربة لحم	٠	٠	٠

قيمة الغذاء . . ويسمح باعطاء الشراب الامبراطورى بدون سكر وكذا يسمح بالسكرين

غذاء ٣   زلال

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى وملعقة بن قشطه	٠	٠	٥و
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و ١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	سمك ٣ أوقيات	٠	١٨	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى وملعقة بن قشطه	٠	٠	٥و
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
العشاء	سمك أوقيتين	٠	١٢	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٠	٥٧	١

قيمة الغذاء ٢٣٧ وحدة حرارة

غذاء ٤

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى وملعقة بن قشطه	٠	٠	٥و
	بيضة واحدة	٠	٦	٦
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	سمك ٥ أوقيات	٠	٣٠	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى وملعقة بن قشطه	٠	٠	٥و
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٠	٨٧	٧

قيمة الغذاء ٤١١ وحدة حرارة

غذاء ٥

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى وملعقة بن قشطه	•	•	٥و
	بيضة واحدة	•	٦	٦
	٢ بسكويت اكول	•	٦	•
قبل الغذاء	شوربة لحم و ١ بسكويت	•	٣	•
الغذاء	لحم ضأن ٥ أوقيات	•	٤٠	٢٥
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	•	٦	•
شاى	شاى وملعقة بن قشطه	•	•	٥و
	٢ بسكويت اكول	•	٦	•
العشاء	سمك ٦ أوقيات	•	٣٦	•
	شوربة لحم و٢ بسكويت	•	٦	•
		•	١٠٩	٣٢

قيمة الغذاء ٧٢٤ وحدة حرارة

غذاء ٦

		نشا	زلال	دهن
الأفطار	شاى وملعقة بن قشطه	٠	٠	٥و
	بيضه وحده	٠	٦	٦
	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	٢ بسكويت (أ كول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى وملعقة بن قشطة	٠	٠	٥و
	٢ بسكويت(أ كول)	٠	٦	٠
العشاء	سمك ٦ أوقيات	٠	٣٦	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٠	١٣٣	٣٢

قيمة الغذاء ٨٢٠ وحدة حرارة

واذا لم يوافق لحم الضأن يصح استبداله ب ½ ٦ أقيات سمك وأوقية زبد وبهذا الغذاء يتم مقدار الزلال ويؤمر بعد ذلك بصيام ٢٤ ساعة

غذاء ٧ اضافة مواد نشوية

		نشا	زلال	دهن
الأفطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٦
قبل الغذاء	شوربة لحم و ١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٤ أوقبات	٤	٢	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	كرنب مطبوخ ٥ أوقيات	٥	٢٫٥	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
		١٠٫٥	١٠٢٫٥	٣٢

قيمة الغذاء ٧٤٠ وحدة حراره

غذاء ٨

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقية	٠و٧٥	٠و٥	٥و
	بيضة واحدة	٠	٦	٦
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و ١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٤ أوقيات	٤	٢	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٠و٧٥	٠و٥	٠و٥
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٥و٥	١٠٠	٣٢

قيمة الغذاء ٧١٠ وحدة حرارة

غذاء ٩

		نشا	زلال	دهن
الأفطار	شاى ولبن ½ أوقية	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	بيضه واحدة	٠	٦	٦
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و ١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٦ أوقيات	٦	٣	٠
	شوربة لحم و ٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	٢ بسكويت (أكول)	٠	٦	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	كرنب مطبوخ ٥ أوقيات	٥	٢٫٥	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
		١٨٫٥	١٠٦٫٥	٣٢

قيمة الغذاء ٧٨٨ وحدة حرارة

غذاء ١٠

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٠ر٧٥	٠و٥	٠و٥
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
	برتقاله واحده	١٠	٠	٠
قبل الغذاء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغذاء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٦ أوقيات	٦	٣	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقيه	٠و٧٥	٠و٥	٠و٥
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١و٥	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	كرنب مطبوخ ٦ أوقيات	٦	٣	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١و٥	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٢٩و٥	١٠٧	٣٢

قيمة الغذاء ٨٠٤ واحدة حرارة

غذاء ١١

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
	برتقاله واحده	١٠	٠	٠
قبل الغداء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغداء	لحم ضأن ٥ أوقيات		٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقيه	١٢	٢	٠
	شوربة لحم	٠	٠	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقيه	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	٢ بسكويت (اكول)	٠	٦	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقيه	١٢	٢	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٤٤٫٥	١٠٠٫٥	٣٢

قيمة الغذاء ٨٦٨ وحدة حرارة

غذاء ١٢

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٠,٧٥	٠,٥	٠,٥
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	½ أوقية خبز	٩	١,٥	٠
	برتقاله واحده	١٠	٠	٠
قبل الغداء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغداء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٣٥
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١,٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقيه	١٢	٢	٠
	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٠,٧٥	٠,٥	٠,٥
	خبز ½ أوقيه	٩	١,٥	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١,٥	٠
العشاء	سمك ٥ أوقيات	٠	٣٠	٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١,٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقيه	١٢	٢	٠
	شوربة لحم و٢ بسكويت	٠	٦	٠
		٦٢,٥	١٥٠,٥	٣٢

قيمة الغذاء ٩٤٠ وحدة حرارة

غذاء ١٣

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقية	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	قرطم ½ أوقيه (جاف)	١٠	٢٫٥	١
	برتقالة واحده	١٠	٠	٠
	١ بسكويت (اكول)	٠	٣	٠
قبل الغداء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغداء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقيه	١٢	٢	٠
	شوربة لحم و ½ اقية خبز	٩	١٫٥	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقيه	٠٫٧٥	٠٫٥	٠٫٥
	خبز ½ أوقيه	٩	١٫٥	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
العشاء	سمك ٦ أوقيات	٠	٣٦	٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقيه	١٢	٢	٠
	خبز ½ أوقيه	٩	١٫٥	٠
	شوربة لحم	٠	٠	٠
		١٨٫٥	١٠٤٫٥	٣٣

قيمة الغذاء ١٠٤١ وحدة حرارة

غذاء ١٤

		نشا	زلال	دهن
الأفطار	شاى ولبن ½ أقية	٧٥و	٥و	٥و
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	قرطم أوقية (جاف)	٢٠	٥	٢
	لبن ٤ أوقيات	٦	٤	٤
	برتقالة واحدة	١٠	٠	٠
قبل الغداء	شوربة لحم و ١ بسكويت	٠	٣	٠
الغداء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١و٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقية	١٢	٢	٠
	ارز أوقية (جاف)	٢٢	٢	٠
	لبن ٤ أوقيات	٦	٤	٤
	شوربة لحم	٠	٠	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٧٥و	٥و	٥و
	خبز ½ أوقية	٩	١و٥	٠
	خس ٣ أوقيات	٣	١و٦	٠
العشاء	سمك ٤ أوقيات	٠	٢٤	٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١و٥	٠
	بطاطس مسلوق ٢ أوقية	١٢	٢	٠
	خبز ½ أوقية وشوربة لحم	٩	١و٥	٠
		١١٦و٥	١٠٠و٥	٤٢

قيمة الغذاء ١٢٤٦ وحدة حرارة

غذاء ١٥

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقية	٫٧٥	٫٥	٫٥
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	قرطم أوقية (جاف)	٢٠	٥	٢
	لبن ٤ أوقيات	٦	٤	٤
	برتقاله واحدة	١٠	٠	٠
	خبز أوقية	١٨	٣	٫٥
قبل الغداء	شوربة لحم و ١ بسكويت	٠	٣	٠
الغداء	لحم ضأن ٥ أوقيات	٠	٤٠	٢٥
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	بطاطس مسلوق ٤ أوقيات	٢٤	٤	٠
	ارز أوقية (جاف)	٢٢	٢	٠
	لبن ٤ أوقيات	٦	٤	٤
	شوربة لحم	٠	٠	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقية	٫٧٥	٫٥	٫٥
	خبز أوقية	١٨	٣	٫٥
	خس ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
العشاء	سمك ٣ أوقيات	٠	١٨	٠
	كرنب مسلوق ٣ أوقيات	٣	١٫٥	٠
	بطاطس مسلوق ٤ أوقيات	٢٤	٤	٠
	خبز ½ أوقية وشوربة لحم	٩	١٫٥	٠
		١٦٧٫٥	١٠٣	٤٣

قيمة الغذاء ١٤٦٩ وحدة حرارة

غداء ١٦

		نشا	زلال	دهن
الافطار	شاى ولبن ½ أوقيه	٧٥ر	٥ر	٥ر
	بيضه واحده	٠	٦	٦
	قرطم أوقيه (جاف)	٢٠	٥	٢
	لبن ٤ أوقيات	٦	٤	٤
	برتقاله واحده	١٠	٠	٠
	خبز أوقيه	١٨	٣	٥ر
قبل الغداء	شوربة لحم و١ بسكويت	٠	٣	٠
الغداء	لحم ضأن ٤ أوقيات	٠	٣٢	٢٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١ر٥	٠
	بطاطس مسلوق ٤ أوقيات	٢٤	٤	٠
	أرز أوقيه (جاف)	٢٢	٢	٠
	لبن ٤ أوقيات	٦	٤	٤
	خبز ½ أوقيه وشوربة لحم	٩	١ر٥	٠
شاى	شاى ولبن ½ أوقيه	٧٥ر	٥ر	٥ر
	خبز أوقيتين	٣٦	٦	١
	خس ٣ أوقيات	٣	١ر٥	٠
العشاء	سمك ٣ أوقيات	٠	١٨	٠
	كرنب مطبوخ ٣ أوقيات	٣	١ر٥	٠
	بطاطس مسلوق ٤ أوقيات	٢٤	٤	٠
	خبز أوقيه وشوربة لحم	١٨	٣	١ر٥
		٢٠٣ر٥	١٠١	٣٩

قيمة الغذاء ١٥٦٩ وحدة حرارة

ورم متلهوج عظيم (١)

A Remerkable Teratoma

للدكتور محمد مبارك

لقد تسلمنا من المستر هرس Mr. E. J. Harrison تقريرا عن حالة غريبة جداً نقلها عن الروسية وهـذه ترجمتها عن مجلة نوفو فرميا Novœ Vremya التي تصدر فى بلغراد . والتقرير يفقد بعض المزايا الفنية التى لايخلو منها وصف دقيق وهو طويل جداً لا يمكن أن نذكره برمته هنا ولـكن خلاصته أن رجلا فى الثانية والعشرين من عمره كان يشكو من نحوعشرين سنة من ورم فى الجهة اليسرى للبطن يكبر بالتدريج ولما عملت له عمليـة بواسطة الاستاذ كستتش Prof. Kostitch استخرج هذا الأستاذ جنينين من الورم وكان أحدهما طوله عشر بوصات وله رأس ذات شعر وجسم قصير سميك ويد يسرى ورجل يمنى وله سنتان فى فمه أما الثانى فحجمه نصف الاول وينقص كثيراً .

ولا شك فى أن هذه الحالة تعـد ضمن الاورام المتلهوجة ذات الشكل التوأمى وهى على جانب عظيم من التخصيص وهذه الاورام تعزى الى نمو غير طبيعى فى الخلايا النوعية Sex cells وهى معروفة فى المبيض وليست قليلة فى أورام الخصية . ودرجـة النمو المتزايد هى أهم ما يلاحظ فى هذه الحالة ونوع صاحب الورم — من حيث كونه ذكراً أو أنثى — غير مهم فى الحقيقة التى ذكرناها عن أورام الخصية . ونمو الخلايا النوعية تولد بكرى Parthenogenetic من حيث عدم اختلاط الظاهر الجنسى ولـكن الخلايا لا تـكون أقل تولداً بالنمو البكرى ولقد وجد أن التولد البكرى الطبيعى فى بعض ذوات المحار هو من نوع التذكير الشخصى Autoganous الذى يحصل بالتلقيح الشخصى من الدائرة

---

(١) لقد نشر خبر هذا الورم فى جملة جرائد يومية مصرية وقد كانت موضوع بحث واستغراب من الناس جميعا سواء منهم الاطباء وغـيرهم فآثرت تعريبها عن اللانست لان تعليلها الموجود لا يخلو من فائدة وقد لفت نظرى اليها أحد الزملاء

القطبية الثانيـة . وهذه ميزة ثانوية ولكن يوجد شك ضعيف جداً فى أن التولد البكرى هو خاصية من الخصائص الملازمة للخلايا الأولية جداً والحديثة هذا اذا استعملنا الاصلاح بمعناه الواسع .

وهذه الخاصية قد تموت ولكنها قد تصحو قبـل المهات وفى هذا الصدد يوجد جائز مهم وهو أنه فى كل الحيوانات الفقيرية أو على كل حال فيما ارتفع عن مرتبة ذوات الافواه المستديرة Cylos tomes يوجد انتاج مزدوج من الخلايا التناسلية jonocytes لا علاقة ظاهرة بينهما فالتكوين الاول يحصل مع القنـاة الهضمية والخلايا التناسلية التى تتكون هنا تنتقل بطريق المساريقا حتى تصـل نهائياً الى الحافتين التناسليتين jenifal Ridges فكثير من هـذه الخلايا يتلاشى فى الطريق وكثير عندهم يضل طريقه وينزوى فى أجزار أخرى ليموت والقليـل الباقى من هذه الخلايا الذى يصل الى عضو التفريخ jonad يفقد خاصيته ويبتدئ فى الانقسام لأول مرة . وفى الوقت نفسه تبتدئ الخلايا البشرية التى تغطى الحافة التناسلية فى الانقسام بسرعة فتكون بذلك المجموعة الثانية من الخلايات التناسلية التى تنبه فيها بقايا المجموعة الاولى ولايزال الفرق فى مصير هاتين المجموعتين ان وجد غير معروف والبرهان القاطع على مجهود هاتين المجموعتين من الخلايا التناسلية فى الانسان وذوات الثدى الراقية غير موجود ولكن بعضاً من الملاحظات تشير الى وجودهما

ومعنى هـذه العملية غامض جداً ولكنه يظهر أن خلايا المجموعة الاولى أبسط تكوينا من الثانية وعلى ذلك يجوز فيها الخيال أنها تملك خصائص التولد البكرى ويمكن أن يلاحظ فى الوقت نفسه انه قد شوهد بعض انقسام بلوغى Maturation - Division قبل الاضمحلال واذا اعتقدنا أن الخلايا التناسلية من المجموعة الاولى قد يمكن أن تستبقى أزيد من الميـل الى التولد البكرى عن المجموعة الثانية فيمكننا أن نقترح ان الاورام المتلهوجة قد يكون سبب

وجودها غالبا يرجع الى خلايا تناسلية من المجموعة الاولى كان يجب أن تنعدم وهذا الظن على مابه من نظر قد يعطى بعض التفسير للاورام المتلهوجة الخارجة عن أعضاء التناسل كما كانت حالة بلغراد

ونحن لايمكننا ان نتنبأ عن مكان الورم بالضبط مادام لايوجد عندنا تقرير فنى مضبوط ولكننا لن نمتنع عن التبخيت فى فكرة وهو انه كان متصلا بالمساريقا المتوسطة الاصلية أو للجدار الخلفى للتجويف الحشوى Cœlomic Cavity الملاصق له

مرض البول السكرى الوعائى

للدكتور اندراوس عريان والدكتور ناشد رزق الله

ذكر الاستاذ بال فى محاضرته فى الجمعية الطبية المصرية بأن رأى حالتين من أنواع السكر الوعائى Vascular Diabetcs احداهما مع احدنا وسننشرها فيما يلى ولما كان هذا النوع من البول السكرى كثير الحدوث رأينا ان نذكر بعض الحالات التى وقعت تحت مشاهداتنا

ولقـد تنبه كثير من الاطباء الى هذه الحالات فاقد ذكر بوشاردات «Bouchardat» كثرة حدوث مرض البول السكرى فى الاشخاص الذين يبلغون عمراً تقل فيه الرياضة البدنية ولكن لا يقل مقدار الغذاء الذى يتعاطاه المرء أى أن تعليل بوشاردات بان المجهود الجسمانى لم يعد يكفى لحرق كمية الغذاء التى تؤخذ فيتحول الباقى الى سكر ويظهر فى البول

ومما يجب الاشارة اليه أن بوشاردات وكثيرين غيره ذكروا بانه كلما كان عمر المريض صغيراً كان مرض البول السكرى اكثر خطورة واصعب شفاء وقبل

أن نبحث فى هذا الموضوع يحسن أن نأتى على ذكر التغييرات الباثولوجيه التى . تحدث فى جهات الاوعية الدموية فى مرض البول السكرى السوندبى Saundby يقول بان هذا الجهاز لا يلحق به أى تغيير باتولوجى فى ٤٠ ٪ من الحالات وليبين Lépine بعد بحث احصائيات كثيرة وجد أن القلب يحدث به ضمور عضلى مع وجود صبيات مصبوغه فى عضلات القلب هذا اذا لم تكن الحالة مصحوبة بالتهاب كلوى مزمن اذ فى هذه الحالة يتضخم القلب ويتمدد

أما التهاب الاندوكارديوم (الغشاء المبطن للقلب) فلا يحصل الا قرب الانتهاء وعادة يكون على الجانب الاذينى من الصمام الميترالى .

ويبقى الجليكوجين فى عضلات القلب حتى النهاية . وتصاب الشرايين فى الاطراف بالتليف والتصلب وهذا هو السبب فى حدوث الغرغرينه وتصلب الاطراف المتقطع (Intermittent Claudieation) والنزيف المخى والشبكى وهذه التغييرات مسببة عن وجود الديابيطس مبدئيا ولكن فى الحالات التى سنذكرها بعد لم يظهر السكر فى البول الا بعد حدوث اعراض أو علامات تصلب الشرايين أو مرض فى الجهاز الوعائى الدموى

وللبحث فى كيفية حدوث مرض البول السكرى عند المصابين بتصلب الشرايين يجب أن نرجع الى بعض الحقائق المعروفة منذ زمان قديم

فى الحيوانات الدنيئه ينقسم الجهاز العصبى الى السيمباتاوى Sympathchi والباراسيمباتاوى أو التائه (Vagus) والاول متصل بالغدد الادرينالينيه Suprarenals والدرقيه والنخامية pituitary وهذه الغدد الثلاث لها اتصال مباشر بهيئة الجسم للدفاع عن نفسه وما يهمنا الآن تأثير الغدد الادرينالينيه فهذه تفرز الادرينالين فى الدم فيزيد الضغط الدموى ويرفع نسبة السكر فى الدم والمقول بان ذلك انما يحدث بتحويل الجليكوجين من الكبد الى جلوكوز فى الدم والسبب الفسيولوجى لذلك هو وجود احتياطى كاف من

السكر لما عساه يتطلبه الجهاز العضلى فى الدفاع والهجوم وبمثل هذه الطريقة يكثر افراز الادرينالين فى الدم فى احوال الخوف والغضب والانفعال النفسانى لان هذه الامور انما وجدت فى أحوال الطبيعة فى حالات الدفاع والهجوم

فالادرينالين برفعه نسبة السكر فى الدم عن الحد الطبيعى يتطلب زيادة افراز الانسولين فتعمل وتجد خلايا لانجرهان لارجاع نسبة السكر الى الحد الطبيعى وتحول دون ظهور السكر فى البول فاذا ما تكرر ذلك أدى الى ضعف غدد لأنجرهان فتعجز عن القيام باداء وظيفتها ويقل الانسولين من الجسم ويظهر السكر فى البول

وليست هذه هى الاحوال الوحيدة التى يزداد فيها الادرينالين فى الدورة الدموية فقد اثبت اخيراً ببراهين قاطعة وتجارب عديدة كل من فالتا ودييش وهيجلر Falta , Depisch & Högler فى بحثهم عن اسباب زيادة الضغط الدموى بان الاصل فى ذلك ضعف فى الكلى وتقصير فى افراز البقايا كالبولينا وغيرها فتخلف هذه البقايا فى الدم زيادة فى افراز الادرينالين وهذا سبب الارتفاع فى الضغط الدموى

فمن هذه الابحاث نعلم بان تصلب الشرايين انما نشأ عن ارتفاع فى ضغط الدم وهذا ناشىء عن زيادة فى افراز الادرينالين وهذا كما ذكرنا يسبب ايضاً زيادة فى نسبة السكر فى الدم وهذه الحالة ليست وقتية بل متزايدة فتستمر الغدد الادرينالينيه تفرز اكثر من اللازم وهذه الحالة تستدعى تنبه البانكرياس لزيادة افراز الانسولين حتى ترجع الحالة الى الطبيعى . فلما لا تنصلح حال الكلى واستمر الحال على هذا المنوال عجزت غدد لانجرهان عند افراز كمية الانسولين المطلوبة وظهر السكر فى البول

ومما يزيدنا تشوقاً الى هذه النظرية ما نعلم من أن مرض البول السكرى

فى السن المتقدم يكثر عند طوائف مخصوصة منها السياسيين وأعضاء البرلمان الذين يأخذون على عاتقهم مسئوليات كبيرة ومنها فئة التجار الذين يوجد عندهم دائماً مشغولية فكرية — وذلك يفسر لنا حدوث البول السكرى عقب الخوف أو الانفعال النفسانى فان فى جميع هذه الحالات تزداد كمية الادرينالين فى الدم

والحالات التى سنأتى على ذكرها تنطبق على هذا النوع من البول السكرى اذ تظهر أعراض تصلب الشرايين أو ارتفاع ضغط الدم قبل حدوث السكر فى البول وتبدأ عادة بعد سن الخمسين ونادراً جداً قبل هذا ولا نشاهد أعراض البول السكرى العادية الا قليلا ولكن الوفاة تكون بالغيبوبة وليست غيبوبة السكر فقط بل تكون عادة أعراض غيبوبة الكلى أكثر وضوحاً

وهذا النوع أسهل الامراض شفاء بالغذاء مع ملاحظة حال الكلى وقد رأيت أن اللبن هو أفضل غذاء لهذه الحالات والظاهر انه يسهل على الكلى افراز البقايا

وهذه هى بعض الحالات :

الحالة الاولى — وقد رآها الاستاذ بال مع أحدنا — رجل عمره ٧٠ سنة لم يشكو من روماتيزم أو زهرى فحص الدم بطريقة بورديه — واسرمان سالب — تعود على كثرة الاعمال الفكرية وكثرة الاكل — امتحان تركيز البولينا (ماكلين) ٨ر٠ ٪ بولينا الدم ٩٤ مج ٪ . البول لتر فى الاربعة وعشرين ساعة الكثافة ١٠١٥ . زلال ٥ جم فى اللتر . ضغط الدم ١٢٠ جم زئبق عند ما كان القلب ضعيفاً ثم ارتفع ١٦٠ عند تحسنه تحت تأثير الديجيتالين

حالة القلب — ابتدأ المريض يشعر بضعف فى القلب منذ عشر سنوات وحالته الآن لغط خشن وتصلب فى الشريان الاورطى — اتساع فى الصمام فى الميترالى — تلف متزايد فى عضلات القلب فقد أصبحت الآن ٥٠ نقطة من ديجيتالين نانيتيفل تحدث ما تحدثه ١٠ فقط منذ عام

حالة السكر — ابتدأ السكر يظهر منذ خمس سنوات النسبة فى الدم ١٠ر٠ (ماكلين) قبل الفطار وارتفعت الى ٢٥ر٠ بعد ساعتين من تنـاول ٢٠ جم مواد ارزية و٣٠ نشويات و٢٠ دهن ووجد آثار سكر فى البول (بندكت)

يفرز يوميـاً ٢٥ جم سكر على غذاء ٦٥ جم مواد ارزية ٩٠ نشويات ٦٠ دهن

الحالة الثانية — سيدة عمرها ٦٥ سنة أُصيبت بالحمرة منذ عشر سنوات وبعد اصيبت بشلل نصفى يسارى وبعد سنتين ظهر السكر فى البول وبعـد مضى ثلاث سنوات أخرى تكرر الشلل النصفى اليسـارى مع استمرار السكر فى البول

زرتها فى سبتمبر سنة ١٩٢٣ فكان عندها غيبوبة وكان السكر فى الدم ٣١ر٠ ٪ (ماكلين) وفى البول ٤٥ جرام فى اللتر وكمية البول ٦٠٠ جم فى اليوم والزلال أثر خفيف وكان الضغط الدموى ٢٣٠ مج زئبق — أعطيت انسولين وجلوكوز بالشرج فتحسنت حالتها وامتنع ظهور السكر فى البول بعد أربعة ايام

أما حالة القلب فكان بالصمام الاورطى اصابة مزدوجة وتضخم فى الشريان الاورطى وتضخم فى الكبد وبعد استمرار العلاج بالانسولين لمدة عشرة أيام مع اعطاءها غذاء من اللبن فقط تحسنت حالة الكبد والحالة العموميـة كذلك

وفى ٢٠ ديسمبر سنة ١٩٢٣ اصيبت المريضة برعشة مع حدوث عرق غزير وضعف شديد بالجسم وكان السكر فى البول ٣٠ جم فى اللتر و٤ جم زلال وكمية البول ٤٠٠ جم يومياً والسكر فى الدم ١٨ر٠ ٪ فاعطيت تيوبردمين ٤٠ر٠ ٣ مرات يومياً وملينات فصار الزلال أثراً خفيفاً ونزل السكر فى البول الى ٥ جم فى اللتر انما أصيبت المريضة بشلل فى اللسان والحلق مصحوباً بعدم القدرة على الكلام وضعف فى الجهة اليمنى وشلل فى جهاز البلع وبالرغم من

اعطائها الانسولين فان حالتها صارت تزداد سوءاً يوما بعد آخر حتى توفيت

الحالة الثالثة — رجل عمره ٥٨ سنه يشكو من آلام فى الظهر وحصلت عنده نوبة ذبحة صدرية ثم تكررت هذه النوبة

البول ١١٠٠ جم به ٤ جم سكر فى اللتر على الغذاء العادى : ضغط الدم ١٦٠ جم زئبق و٨٠ جم زئبق السكر فى الدم قبل الافطار ١٠ر٠ ٪ صورة القلب بالاورتوراديوسكوب تضخم عظيم فى الشريان الاورطى

الحالة الرابعة — تاجر عمره ٥٦ سنة يشكو من مرض فى القلب منذ خمسة عشر سنة تضخم وتمدد فى القلب لغط اورطى . كرر البول فوجد به سكر ثم اتبع العلاج الغذائى الآن وزال السكر ولكن بقيت حالة القلب

الحالة الخامسة — رجل عمره ٦٥ سنة شكا من ذبحة صدرية وبتكرير البول وجد به سكر لكنه لا يشكو من اعراضه . ضغط الدم ١٩٠ جم زئبق و١١٠ جم زئبق زال السكر بطريقة ألآن ولم يرجع بعد مضى ست سنوات مع تعاطيه الغذاء العادى

وهكذا ويمكن الاكتفاء بهذه الخمس حالات وباب البحث والاستقصاء مفتوح على مصراعيه لجميع الزملاء م ؟

Wiener Archid. Fur niner. Med.
Bd VI H. I. 1923.

حالة فتق فخذى مختنق

فى امرأة عمرها ١٠٧ سنة

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الأمريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

أن أهمية هذه الحالة تنحصر فقط فى تقدم سن المريضة

الحالة — امرأة تبلغ من العمر ١٠٧ سنة تشكو من فتق فخذى مختنق غير رجعى حولها الدكتور ادجار سويفت (Edgar Swift) الى الدكتور فيكرس (Vickers) فى ١٩ يونيو سنة ١٩٢٢

وولدت هذه المريضة فى ٤ مايو سنة ١٨١٥ فى بلدة ستارك (Stark) بولاية نيويورك وهى من سلالة عائلة صحتها جيدة وطويلة الاعمار . وقد توفى والدها عن ٩٧ سنة ووالدتها عن ٧٦ سنة وأخوها عن ٩٥ سنة وزوجها عن ٨٠ سنة وقد توفى حديثاً ابن أخوها عن ٨٧ سنة . وقد تزوجت وهى فى التاسعة عشر من عمرها وخلفت ستة أولاد . اثنان منهما على قيد الحياة احدهما يبلغ من العمر ٨٣ سنة وكانت صحتها دائماً جيدة وأخلاقها هادئة ولها قابلية كبيرة للشغل ومن ضمن أقوال المريضة أنها لغاية اربع سنوات مضت كانت دائما تعنى بحديقتها وكانت لها عادة وهى أن تذرع كل سنة كرمبة لكل سنة من عمرها وكان وزنها مائة رطل وطولها خمسة أقدام وتتذكر حوادث حصلت لها وهى فى السادسة من عمرها وتهتم كثيراً بالشؤون الحاضرة وتقرأ وتخيط بدون نظارة ولكنها فقدت سمعها عقب اصابتها بالانفلونزا من ثلاث سنين مضت

وقد انتقلت حديثاً من منزلها التى سكنت فيه مدة ٨٩ سنة متوالية الى بلدة جوردانفيل (Jordanville)

ولما نصحها الدكتور سويفت (Swift) بعمل العملية رفضت المريضة العملية قائلة أن هذا الفتق لازمها مدة ٤٠ سنة وكان دائما يرتد لمحله ولم أعرف لماذا لم يرتد الآن . وقد أعطى لها فى نفس الوقت صبغة الكافور والأفيون ووضحت الحالة لعائلتها وبعد ذلك أعطيت الأوامر للطبيب ليحضر العملية فى الحال ودعى لذلك الدكتور فيكرس (Vickers) وقد صمم على عدم نقل المريضة الى الاسبتالية حيث أن الوقت كان فى ساعة متأخرة من الليل والطريق معتدل والمسافة ما بين المنزل والاسبتالية ١٢ ميل وقد أخذ الدكتور فيكرس (Vickers) من رئيسة الممرضات فى اسبتالية المدينة ببلدة ليتل فاول (Little Fall) فى نيويورك لمساعدته وأخذا معهما الآلات اللازمة والغيارات وقد أعد لذلك أودة عمليات من أود المنزل ووضب فيها طربيزة للعملية . وأضيئت الأودة بواسطة ثلاث لمبات غاز وضعت على مسافات مختلفة من بعضها وغقمت الآلات فى وعاء كبير استعمل أيضاً لحامل لها أثناء العملية . ولما أتم كل شيء ابتدأ الدكتور سويفت فى تخدير المريضة فى فراشها بواسطة الشم بالأثير ولما ابتدأت المريضة تتخدر نقلت الى أودة العمليات وبينما كانت المريضة تتخدر حضر موضع العملية بالطريقة المعتادة واستمرت العملية نصف ساعة وبعدها استفاقت المريضة فى حالة طبيعية . وفى اليوم التالى قامت المريضة ورفعت الغيار من على الجرح وفى اليوم الثالث حضر الطبيب ووجدها فى أودة أخرى جالسة بجانب طاولة أكل تتناول عشاءها وقد التأم الجرح بالقصد الأول ولغاية الآن لم يرجع الفتق

الحقن داخل القلب بالأدرينالين

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الأمريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

اعاد الدكتور بومان (Baumann) الحياة فى طفلين حديثاً بالحقن القلب بالأدرينالين . وكان أحدهما رضيعا يبلغ من العمر ستة شهور وقفت حركة قلبه أثناء تخديره يالكلوروفورم لعمل عملية فتق . وبعد مضى اربعة دقائق عملت له حقنـة داخل القلب بمقدار ٧٥ ٪ ٠ سنتى متر مكعب من محلول الايدرينالين بنسبة ١/١٠٠٠ فى المسافة ما بين الضاع الرابع والخامس على بعد ٣ سنتى متر من الجهة اليسرى لعظمة القص (Sternum) وبعد مضى سبع ثوان حصل انقباض فى القلب ثم بعد ثانيتين حصل انقباض آخر وأحمر جميع سطح الجسم كما يرى فى الحمى القرمزية . وابتدأ يتنفس الطفل بعد ١٢ ثانية .

أما الطفل الآخر فحصل له اختناق أثناء نوبة السعال الديكى وفى بحر اربع دقائق كان قد أخذ الى الاسبتالية . وبعد مضى اربع دقائق من وقوف التنفس وثلاث دقائق وربع من وقوف حركة القلب عمل له حقنة بمحلول الأدرينالين داخل عضل القلب . وبعد مضى ٢٦ ثانية ابتدأت حركة القلب وعقب ذلك حركة التنفس بعد مضى ٢٦ ثانية . ويعتبر الدكتور بوماذ (Baumann) أن الحقن التى عملت بجانب عظمة القص (Sternum) مباشرة فى المسافة الرابعة والخامسة ما بين الاضلاع كانت جميعها فى البطين الأيمن للقلب ويقول الدكتور بوماذ أن كل الأدلة التى جمعها تشير الى مزايا عمل الحقنة فى المسافة الرابعة ما بين الاضلاع بجانب الحافة العليا مباشرة للضلع الخامس على بعد ٥٫٥ سنتى متر من الجهة اليسرى لعظمة القص فى البالغين (وهذه هى طريقة عمل الحقنة فى البطين الأيسر للقلب)

وينصح الدكتور بومان بعدم حقن أكثر من ٠٫٥ سنتى متر مكعب فى الرضع ولغاية ١٫٥ سنتى متر مكعب فى البالغين . حيث أن مقدار ال ٠٫٧٥ سنتى متر مكعب الذى أعطاه للرضيع تسبب عنه انفعالات شديدة مصحوبة بقىء وتشنجات عصبية وحمى ولم تنخفض الحرارة الا بعد اليوم السابع

الحقن داخل الوريد

بدم الحيوانات فى أحوال التدرن

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الأمريكانية نقلا عن المجلات الألمانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

عمل الدكتور كيش (Kisch) ٣٠٠ حقنة داخل الوريد من دم جملة حيوانات مختلفة ليتثبت من نظرية الدكتور بيرز (Biers theory) القائلة بحقن المواد البروتونية الغريبة (Foreign Proteins) عن جسم الانسان وعلى الأخص الموجودة فى دم الحيوانات فى أحوال التغذية وقد انتخب لهذه التجارب أحوال السل المتقدمة جداً

وكان يحصل انحطاط عقب هذه الحقن ولكنه كان نادرا ولم يحدث أى وفاة . وقدحقن كميات قليلة من الدم (مبتدأ ب ٥ سنتى متر مكعب وأنقصت لغاية ١ سنتى متر مكعب) من حيوانات مختلفة فى نفس المريض وقد ابتدأ وزن كثير من المرضى يزداد عقب هذا العلاج وقد وجد دم الخنزير ذو تأثير عظيم أكثر من غيره

وقد سبقت هذه الحن نقصاً سريعاً فى الكرات الحمراء (٥ فى المائة) لمدة قصيرة فقط على عدم تغيير فى كمية الهيموجلوبين ولكنها لم تلبث أن ارتفعت لمستواها الطبيعى

خلاصة الخصية فى احوال امراض النساء

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

يقول الدكتور زينوب (Zénope) فى وصف استعمال خلاصة الخصية فى اثنى عشر حالة أن هذا النوع من العلاج له دلالة واضحة فى علاج كل أحوال عدم كفاءة المبيض ويتوقف على كثرة مفعول الغدة الدرقية وقد نشر حالة امرأة بعد انقطاع الطمث تشكو من أرق وضربات فى القلب وضيق فى التنفس أثناء المشى وهذا الضيق فى التنفس هو أشد عارضة تشكو منها

وقد وصف لها مقدار ٧٥٪ سنتى جرام من خلاصة الخصية فى اليوم على ثلاث دفعات وبعد ثمانية أيام رجعت وقالت أنها يمكنها أن تصعد السلالم بدون تعب بالمرة وأن باقى الاعراض قد اختفت أيضاً . وهذا النوع من العلاج يظهر أن له أيضاً تأثير فعال على نظام الحيض

الحقن داخل القلب بالادرينالين

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

دعى الدكتور نيوتن (Newtin) فى استشارة طبية مع الدكتور كاسى (Casey) لمشاهدة حالة حمل فى احدى المستشفيات فى ١٣ مايو سنة ٩٢٣ . وقد ولدت المريضة ووضعت توأمين أولهما ولد طبيعيا أما ثانيهما فلم يتنفس و بعد

عمل الاسعـافات الممكنة لمدة عشر دقائق ظنت احدى الممرضات انه توفى وعمدته .

وفى الحال حقن الدكتور نيوتن نقطتين من محلول الادرينـالين ... داخل القلب وفى بحر خمسة عشر ثانية ابتدأ الرضيع يتنفس وبعد خمس دقائق كان بجانب أخيه وكلاهما يصيح . ولما عادهما فى اليوم التالى كان فى غاية الصحة م؟

علاج الجمرة Carbuncle

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الأمريكانية

نقلا عن المجلات الالمانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

يشق الدكتور ريدر (Reider) الشق الصليبى المعتاد ويفتح حوافى الجرح قليلا ولكنه لا يعمل شيئاً فى تجويفه ثم يضع فيه فتيلا من الشاش مغموساً من مصل الدفتريا أو مصل الحصان وبهذه الطريقة يقف سير الالتهاب فى الحال وقد رأى أن الكتلة الميتة عادة تنفصل فى بحر ٢٤ ساعة وأن الحبيبات تبتدئ تتكون فى عمق الجرح بعد اليوم الثانى أو الثالث ثم يهبط الجلد على هذه الحبيبات

أما فى أحوال الدمامل فيعمل حقنة واحدة تحت الجلد من مصل الحصان بمقدار سنتى متر مكعب فى وسط الدمل بدون عمل شق وهذه كافيـه لفصل وطرد أم القيح . وقد عالج الدكتور ريدر بهذه الطريقة ثلاثة وعشرين جمرة منها خمس على الشفة والوجه . ومفعول مصل الحصان فى فصل وطرد أم القيح لا يزال سر مخفياً

رابع كلورير الكربون

يسبب حؤول دهنى فى الكبد

مترجمة من مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

للتأكد مما نشر عن رابع كلورير الكربون (Corbon Tetrachloriol) بأنه يسبب تغيرات باثولوجيه (Pathologie changes) فى الكبد قد عولج بعض من المسجونين المحكوم عليهم بالاعدام بمقادير صغيرة من هذا الدواء وقد عمل الدكتوران دوشرتى (Docherty) ونيكولاس (Nichols) الصفة التشريحية بعد الوفاة فى ثلاثة من المسجونين

وكان قد أعطى لكل مسجون ٤ سنتى متر مكعب من رابع كلورير الكربون وبعد مضى ساعتين من تعاطيهم هذا الدواء أعطى لكل منهم أوقيتين من محلول سلفات المانزيا المركز .

وقد أظهر الكبد حؤول دهنى (Fatty degeneration) فى حالتين أما فى الحالة الثالثة فلم يظهر تغيير فى الكبد ولا فى الكلى م ؟

رفع سعادة الرئيس بناء على اقتراح صاحب العزة الدكتور محمد القلماوى بك والدكتور محمد على النكلاوى بك التى وافقت عليه الجمعية العمومية بجلسة ١٥ الجارى التلغراف الآتى لحضرة صاحب الدولة سعد زغلول باشا

«شرفتنى الجمعية العمومية للجمعية الطبية المصرية بأن انوب عنها فى توجيه أصدق عبارات الشكر وأسمى التهانى لتوليكم رئاسة الحكومة المصرية واثقين من أن عهدكم سيكون عهد خير وبركة وان قضيتها الوطنية ستخطو بقدم ثابتة الى الامام فى ظل جلالة مليك البلاد

محضر الجلسة العلمية الثامنة عشرة

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدة الجلسة الساعة السابعة ونصف من مساء الاثنين ٢١ ديسمبر سنة ١٩٢٤ بحجرة قومسيون البلدية تحت رئاسة حضرة الدكتور محمد محفوظ وكيل الجمعية وحضور عدد كبير من الاعضاء

فقام حضرة الدكتور ابراهيم افندى صبرى حكيمباشى قسم الجلد بالمستشفى الاميرى والقى محاضرة عن

(تفاعل الليوتين وأهميته فى تشخيص الاورام الصمغية والتقرحات الزهرية) وهى المنشورة فى غير هذا المكان من المجلة

وبعد القائها دارت جملة مناقشات فى موضوعها وأبدى المحاضر أسفه لعدم امكانه احضار بعض المرضى من المستشفى ليظهر عليهم ذلك التفاعل وأظهر استعداده لعمل ذلك ودعا حضرات الزملاء لمشاهدته بالمستشفى

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء م؟

السكرتير

محضر الجلسة العمومية

للجمعية الطبية المصرية

المنعقدة فى ٢٩ فبراير سنة ١٩٢٤

انعقدت الجمعية العمومية للجمعية الطبية المصرية برئاسة سعادة الأستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا فى الساعة ١٠ من صباح الجمعة ٢٩ فبراير سنة ٩٢٤ بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الأشغال

وقد افتتح سعادة الرئيس الجلسة فى الساعة ١٠ ونصف ثم الفت لجنتان من الحاضرين لفرز أوراق الأنتخاب وقد انتهت هذه العملية فى الساعة ١٢ وربع بعد الظهر وأسفرت النتيجة عن انتخاب

سعادة الأستاذ السيد عيسى حمدى باشا رئيساً بالأغلبية المطلقة ٨٢ صوتاً وحضرات الدكاترة أعضاء لمجلس الادارة

١ — الدكتور سليمان عزمى بك	٥٣ صوتاً
٢ — « محمد خايل عبد الخالق	٥٢ «
٣ — « سعد الخادم بك	٤٨ «
٤ — « حسن بك كامل	٤٧ «
٥ — « عبد العزيز اسماعيل	٤٣ «
وعضوين احتياطيين وهما الدكتور محمد عبدالحميد بك	٣٥ «
والدكتور اسكندر فهمى جرجاوى	٢٨ «

وكذلك حضرة الدكتور عبد الحميد العرابى رئيساً للجنة التحرير بالاغلبية المطلقة حيث نال ٩٣ صوتاً منها ٥٤ للرئاسة

وحضرات الدكاترة أعضاء للجنة :

١ — الدكتور سيد عبد الحميد سليمان بك	٨٤ صوتاً
٢ — « محمود ماهر بك	٨٠ «
٣ — « محمود عرفان	٦٧ «
٤ — « محمد حمدى	٦٤ «
٥ — « ابراهيم الشوربجى بك	٦١ «
وعضوين احتياطيين وهما الدكتور محمد طاهر بك	٥٦ «
والدكتور محمد عبد الحى	٢٣ «

وبعد اعلان النتيجة قام سعادة الرئيس مهنئاً حضرات الفائزين ثم القى الكلمة الآتية : —

اخوانى وأبنائى الأعزاء

الآن وقد أوليتمونى شرف رئاسة الجمعية الطبية للمرة الخامسة فاتقدم اليها وقلبى يفيض اعترافاً بفضلكم ونفسى تهتز طرباً لتشريفها بتعطفاتكم معاهداً الله تعالى والوطن وأشخاصكم الكريمة أن أجعل بقية حياتى وقفاً على خدمة اخوانى وأبنائى الأعزاء فى حدود الانسانية

وبعد الانتهاء نادى الحاضرون بحياته وتمنوا له طول البقاء والرفاهية

وقد أحيلت الاقتراحات التى كانت مقدمة للجلسة الى مجلس الادارة ليجرى ما يجب اتباعه نحوها

وأقفلت الجلسة حيث كانت الساعة ١٢ والدقيقة عشرين بعد الظهر

عن السكرتير

الدكتور على ابراهيم

خطاب سكرتارية الجمعية

للجنة التحرير

حضرة الزميل المحترم الدكتور عبد الحميد العرابى

أبلغ حضرتكم بمزيد السرور نتيجة الانتخابات الجديدة لسنة ١٩٢٤ التى جريت بحضور الجمعية العمومية المنعقدة فى ٢٩ فبراير برئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا الخاصة بلجنة تحرير المجلة الطبية المصرية وهى كالآتى : —

أولا — حضرتكم رئيساً بالاغلبية المطلقة

ثانياً — دكتور سيد عبد الحميد سليمان بك

« محمود ماهر بك

« محمود عرفان

« محمد حمدى

« ابراهيم الشوربجى بك

أعضاء للجنة

وارجو بوصول هذا التنبيه بتبليغ ذلك لكل من حضرات الأعضاء وتفضلوا حضرتكم وأعضاء لجنتكم الموقرة بقبول فائق الاحترام

عن السكرتير

الدكتور على ابراهيم

القاهرة فى أول مارس سنة ٩٢٤

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لاتنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد



ميدى
مرهم ميدى
لبوس ميدى
ادرينالية
استوفايية
انستيية
خلاصة ابو فروه الهندى جديدة وثابتة
يحتوى على عناصر فعالة وعليه تأثير محقق
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
للبواسير
پيپيرازين ميدى
حبيبات فوارة
لابد من الاعتراف لهنا بالمكانة العظمى التى يلقاها البيبرازين ميدى لدى جمهور الاطباء والمرضى وان الادوية الحديثة ماهى الا تسميات ولا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لهوشار
من ملعقة الى ست ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحصة البوليك

تحضير المصل لبارك دافيز وشركاه

Sexums Parke Davis & Co.

علاوة على ان مصل بارك دافيز تعمل تجارب به فى معامل الشركة إلا أنه يفحص ثانياً فى معامل مستشفى سنت مارى بلوندرة ويشهد له بتاثيره وعقمه الميكروبى وخلوه من زيادة المواد المطهرة

المصل الآتى موجود بالقطر المصرى

١ — مصل ضد الدفتريا (بارك دافيز وشركاه) على درجتين

«X» or « Standard » Serum containing about 700 to 750 antitoxin units per c. c. and

«XX» or « Special » Serum, containing from 1400 to 1500 antitoxin units per c. c.

No.	4 X (2000 units)	No.	4 XX (2000 units)
No.	5 X (3000 »)	No.	6 XX (4000 »)
No.	6 X (4000 »)	No.	8 XX (6000 »)
No.	8 X (6000 »3)	No.	10 XX (8000 »)
No.	10 X (8000 »)		

Antitetanus Serums P. D. & Co.
In bulbs containing 1500
Antitenanus units.

Antistretococcus Serum
Polyvalent. P. D. & Co.
In bulbs containing 10 cc

Antigonococcus Serum P. D. & Co.
In boxes of 3 bulbs of 2 c. c.

وهذه المستحضرات يمكن تغييرها من محل شركه الادوية المساهمة (انريكودلمار) قبل مضى ثلاثة أشهر على الأقل من المدة المكتوبة على العلبة لانتهاء استعمالها

بارك دافيز وشركاه لوندره

Parke Davis & Co.

العدد الرابع | ابريل سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

الاشتراك
٦٠ قرشا فى القطر
٣٠ قرشا لطلبة الطب
٨٠ قرشا خارج القطر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الرابع | ابريل سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

عملية استيناخ

نتائجها المباشرة (Direct after results .)

ونتائجها البعيدة (« « Remote)

الدكتور رياض اسكندر

جراح بمستشفى اسكندرية

أذاع الأستاذ استيناخ من مشاهير أطباء فينا على الملأ منذ مدة قريبة اكتشافاً عظيما أثار اهتمام العالم أجمع . الا وهو مقدرته على اطالة العمر ومهاجمة أعراض الشيخوخة . وذلك بعد أن عمل جملة تجارب على الحيوانات كان القصد منها الاكثار من الافراز الداخلى للخصية بربط الحبل المنوى واستئصال جزء منه وعدم تسرب هذا الافراز الى الخارج

وقد أجرى أخيراً الدكتور (فرنوف) مواطننا قديماً هذه العملية حديثاً على ثلاثة وأربعين شخصاً ونشر نشرته وسنوافى حضرات الزملاء بنتائجه حين وصولها الينا

ومن الذين عملت لهم هذه العملية من العظماء جلالة امبراطور المانيا السابق قبل حفلة زفافه الأخيرة

وقد شغلت هذه العملية على بساطتها أفكار الكثيرين من البحاثين والعلماء لمعرفة ما يتم من التغييرات (الهستولوجية) عقب قطع الحبل المنوى مباشرة وللوصول الى تفسير حقيقى يجمع بين هذه التغييرات و بين ما يطرأ من أعراض التقدم أو التحسين على المريض بعد العملية اكلينيكيا

ولما كان هذ الموضوع حيوياً وهاماً جداً رأينا أن نتوسع فيه قليلا و نأتى على بعض نقطه الهامة وبالأخص على النتائج البعيدة (remote) التى ظهرت حديثاً حتى لا تكون الفائدة مقتضبة .

تعزى الاعراض الكثيرة المختلفة التى تظهر على الافراد فى أحوال الامراض الخلقية (Cangenital) والغير الخلقية للخصية الى عصيرهام يقال له « الافراز الداخلى للخصيـة » . وأول من نوه بذكره هو (Brown Sequard) سنة ١٨٨٩ وذلك بعد أن عمل جملة تجارب علمية وحقن نفسه بعصير جديد (طازه) من خلاصة الخصية . وقد نبه اختراعه هـذا الأذهان فى حينه الى استعمال خلاصات الغدد كطريق من طرائق العلاج .

وفعلا أخذ هذا العلاج الحديث Opotherapy . يتقدم شيئاً فشيئـاً الى وقتنا هذا . أما الآن فقد تعدى كل ما كان فى الحسبان اذ لم يكتف باستعمال خلاصة الخصيه كدواء مقو ضد أمراض ضعف الاعضاء التناسلية بل استعمل الى مدى أبعد من ذلك وهو مهاجمة أعراض الشيخوخة واطالة العمر

الافراز الداخلى للخصية ومنشؤه

تتكون الخصية فى البشرية اجمالا من عدة أنابيب متعرجة منويه Seminal Tubules يتخللها جملة خلايا خلوية Interstitial cells . يقال لها

فى بعض الاحيان خلايا Leydig

وقد رؤى كثيراً بداخل هـذه الخلايا جملة حبيبات ملونة Pigmented granules تارة حمضية وتارة قلوية . وكذلك بعض بللورات مختلفة الأشكال وذلك مما جعل هـذه الخلايا تشابه بعض الغدد الافرازية . وقد عزى بعضهم الافراز الداخلى للخصية الى هـذه الخلايا وأيدهم فى ذلك بعض كتاب الالمان والفرنسيين وخاصة Bouin و Ancel . لا بالقول فقط بل بالبراهين والتجارب على الحيوانات والآدميين .

وخلاصة هـذه التجارب أنهم ربطوا الحبـل المنوى فى جملة حيوانات . ستة أشهر عملت قطاعات من هذا الخصى فوجدوا أن الانابيب المنوية S. T, أخذت فى الضمور وأن الخلايا .I. C . كثر عددها جداً وانتشرت — ولما كانت جميع الحيوانات التى أجريت عليها هذه العملية تحسنت كثيراً من الوجهة الاكلينيكية ونشطت وخاصة فى القوة التناسلية وليس هناك تغيير فى الفحص الهستولوجى سوى ازدياد هذه الخلايا . فمن الطبيعى أن لا يعلل هذا التقدم والتحسن بشئ سوى تكاثر هذه الخلايا . ولذا نسبوا اليها منشأ العصير الداخلى

* * *

على أن كثيراً من الباحثين خالفوا هـذا الرأى أخيراً وزعموا أن العصير الداخلى ينشأ فى الانابيب المنوية Tubules لا فى الخلايا . ومنهم « استيناخ » نفسه وقد ايدوا نظرياتهم ببراهين كثيرة قوية . وهذا الرأى الاخير هو الذى أخذ به اليوم أكثر المشتغلين بهـذا الموضوع وسنذكر بعض الأسباب التى بنوا عليها استنتاجهم لمعرفة مكانتها

أولا — أن الانابيب المنوية تنشأ أصلا من الـ « Ectoderm » أى الطبقة السطحية للغشاء الجرثومى . وجميـع الغدد التى تفرز عصيراً داخلياً تنشأ من هـذه الطبقة . بينما الخلايا الخلوية تنشأ أصلا من الـ Mesoblast . أى الطبقة

الوسطى للغشاء الجرثومى . وهـذه الطبقة لم يسمع من قبـل أنها أفرزت أو أنتجت عصيراً داخلياً . فليس اذن من المعقول أنها تعمل ذلك خاصة فى الخصية دون غيرها

ثانياً توجد فصيلة من الحيوانات الدنيئة ومنها الـ Triton مثلا ليس لها خلايا خلوية أصلا كما فى الحيوانات ذوات الثدى Mammale . هذه لا بد لها من عصير داخلى (كالنظرية العامة) . فليس من المعقول أن نسند هذا الافراز الداخلى فى بعض الحيوانات الى الانابيب المنوية Tubules وفى بعضها الى الخلايا الخلوية Int. Cells

ثالثاً يوجد فى الجنس البشرى نوع من الخنثى . أكثر انتشاراً من غيره . وهذا النوع تنمو فيه أعضاء التناسل الاصلية Primiary للرجل (أى الذكر والخصيتان) وأعضاء التناسل الثانوية Secondary للسيدات (أى الثـديان والشعر والطبقة الدهنية فى الجلد الخ)

فاذا فحصنا هـذا النوع من الخنثى هستولوجيا وجدنا أن هنـاك ازدياداً عظيما فى الخلايا الخلوية — واذا أخذنا خصية عالقة Undss Ceuded Teshicle وفحصناها هستولوجياً أيضاً وجدنا كذلك ازدياداً عظيماً أيضاً فى هـذه الخلايا عينهـا . فالشبه تام بينهما من الوجهة التشريحية . على أن الاعراض الاكلينيكية فى الحالتين تختلف اختلافاً كلياً وتتباين مع تشابههما فى الهستولوجية فاذا فرضنا أن هـذه الغدد هى التى ينشأ منهـا الافراز الداخلى . فلماذا تنمو أعضاء التناسل الثانوية للرجل (كالبرستاتا والحويصلات المنوية وشعر العـانه الخ) فى حالة الخصية العالقة فى حين أنه فى الخنثى لا تنمو قاطبة

لهذه البراهين ولغيرها أيضاً أيد كثيرون النظرية الأخيرة لأنها مبنية على طرق علمية واسعة المدى أكثر من الأولى . وقد فسروا التغييرات التى تقع فى الخلايا الخلوية بأنها تغييرات لأسباب غذائيـة محضة Trophir changes .

بمعنى أنها تجمع المواد ، الغذائية من الدم وتخزنها وتوصلها الى الأنابيب المنوية لاستهلاكها وقت الحاجة . فهى تؤدى وظيفة المخزن (Store) . فان كان هناك كسل أو خمول فى حركة الأنابيب فيتجمع جزء عظيم من المواد الغذائية فى هذه الخلايا وتتمدد وتنتفخ . وان كان هناك نشاط وتنبه فى عمل الأنابيب المنوية فتستدر جزءاً عظيما من المواد المخزونة فتقل محتويات الخلايا وتنكمش

عملية استيناخ

الغرض من هذه العملية هو ربط القناة الناقلة للرجل بكل عناية كما سيأتى بحيث لا يتسرب الافراز الداخلى للحفيه بل تتزايد كميته مع مضى الوقت وتنتشر فى الدورة الدموية وتعم أجزاء الجسم التى فقدت فيه نشاطا وحيوية أكثر من ذى قبل .

وان من أصعب الامور جداً تقدير ربط القناة الناقلة فى الرجل تقديراً صحيحاً خالياً من الشوائب وليس ذلك ناشئاً من عدم وجود مقياس أو ميزان مادى يمكن بواسطته معرفة قيمة التقدم بطريقة ثابتة أكيدة . بل ولأنه من الصعب أيضاً أن تتلاشى التأثيرات العقلية أو التطورات الوهمية التى تحدث للأشخاص . والتى ليس لها أثر مماثل فى العجماوات . ويزيد الموضوع صعوبة أيضاً اختيار الاشخاص المرغوب فى اجراء العملية لهم — فقلما توجد حالات ضعف شيخوخة فقط خالية من مضاعفات اخرى كالنزلات الشعبية أو الامراض القلبية أو الكلوية وما أشبهها . وعلى ذلك لا بد من الحصول على عدد عظيم من المشاهدات قبل ابداء رأى حاسم فى تأثير هذه العملية . أما النتائج التى لدينا فهى كالآتى : —

أجريت هذه العملية سابقاً لواحد من غرضين : اما لمقاومة الضعف الشيخوخى واما لمقاومة الضعف التناسلى . فمثلا من ثمانى عشرة عملية عملها

Sand ثلاث عشرة كانت لمقاومة الشيخوخة . وقد تحسن منهـا تسع عمليات تحسناً مطرداً بينما اثنان حصل لهما تحسن وقتى . والاثنان الباقيان لم تظهر عليهما أعراض تحسن ما . وأما الخمسة الذين عملت لهم العمليـة لضعف فى القوى التناسلية فاثنان منهم تحسنا . والآخرون ظلوا على حالهم .

وأجرى Lichtenstern هذه العملية لأكثر من ستين شخصاً . وبعض هذه العمليات كان لأسباب اخرى غير عملية استيناخ وبدون علم منهم أيضاً حتى لا يكون للتأثير العقلى أى موضع وقد صرح بأن نتائجه كانت على العموم مرضية

أما Schmidt و Levy Lens فعلى عكس ذلك لم يحوزا أى نجاح . وقد استنتجا من ابحاثهما نتيجة هامة وهى انه اذا عملت هذه العملية لشخص خصيته موضع ضمور شيخوخى شديد فلا ترجى أية فائدة من العملية وان النجاح كله يتوقف على امكان تنبيه الخصية بواسطة العملية وقابليتها للاكثار من افرازها الداخلى والا فتستوى النتيجة وعدمها .

ولا تظهر النتيجة عادة قبل مرور شهرين الى ستة اشهر من تاريخ العملية وقد كان المعتاد استئصال جزء من القناة الناقلة بعد فصلها بكل دقة وعناية من الاوعية والاعصاب المجاورة لها لان أقل تلف فى هذه الاوعية ينشأ عنه ضمور فى الخصية وبعبـارة اخرى تكون النتيجة سيئة وقد أجريت العمليـة الآن بشكل آخر وذلك باستئصال جزء من البربخ بعد فصـله أيضاً بالطرق السابق ذكرها من الخصية وذلك لانهم شاهدوا أن الجزء الباقى من القناة الناقلة المتصل بالخصية يحصل فيـه تجمع منوى ويتمدد وينتفخ وربما أدى ذلك الى ضغط الاوعية المجاورة فيعيق الدورة الدموية للخصية أو يؤثر فيها

النتائج القريبة والبعيدة لهذه العملية على الحيوانات

أ كلينيكيا . وهستولوجيا

اختـار الاستاذ ستيناخ لعمل تجاربه بصفة خاصة الفيران البيضاء لانهـا لا تعمر طويلا (ثمانيـة وعشرين شهراً فقط) ولأن علائم الشيخوخة تبـدو عليها بسهولة ووضوح

وتظهر هذه العلامات فى نحو الشهر العشرين من عمرها بشكل خفة فى الوزن وضعف فى الشهية وضعف فى القوة العموميـة وعجز عن نصب قامتهـا وعدم الاهتمام بما يجرى حولها فنحول فاهمال فى نظافة شعورها ففقد طلاوته ولمعـانه فازدياد الحيوانات التى تسكن فى الجـلد ففقد شهوة الجماع . أما الحويصلات المنوية فتصير فارغة خالية من الافراز المنوى وتتجعد وينكمش بعضهـا الى بعض عوضاً من أن تكون مملوءة ومفرطحة بالسائل كما فى الحيوانات الصغيرة النشء

وكان استيناخ يعرض هذه الحيوانات قبـل عمل العملية لجملة امتحانات وتجارب كتحريضها الى الجماع وتشويقها اليه بوضع انثاها بجوارها . أو بوضع أغذيتها فى أمكنة عالية لتحريضها الى الوثب وهكذا بعدة طرق متنوعة لمعرفة كفاءتها ومقدرتها ولتقدير درجة قواها التناسلية والجسمية العامة قبل العملية ثم تعمل العملية وفى بعض الاحيان كانت تفتح البطن وتفحص جميع الاجزاء الداخليـة كالبروستاتا والحويصلات المنوية لمشاهدة خلوها من الافرازات ثم تسجل جميع المعلومات فى دفاتر خاصة بذلك

وتظهر نتائج هـذه العملية عادة فى مدة تتراوح بين الاربعـة والستة الاسابيع وذلك بنشاط فى قوة الجماع وتنبه اليه ثم زيادة الثقل والسمن فنصب

القامة فازدياد فى الشهوة فتحسن فى الجلد فلمعانه فسقوط الشعر القديم وتجدد آخر مكانه وبالأخص حول آلات التناسل . وكانت الشهوة الجماعية فى بعض الاحيان شديدة جداً لدرجة أنها كانت تضارع الحيوانات الصغيرة. وتستمر هذه الاعراض فى التزايد نحو خمسة أشهر الى سبعة ثم تبتدئ فى الاضمحلال ثانياً . تقل الشهوة الجماعية وتضعف بقية القوى وتعود جميع أعراض الشيخوخة السابقة وتفقد الشهية ثم تفارق الحيـاة بعد بضعة أسابيع من ابتـداء زوال الأعراض

وقد تتبع استيناخ هـذه الاعراض الاكلينيكية بعمل صفات تشريحية وقطاعات مكروسكوبية فشاهد كما شاهد قبـله آخرون الـ Ancel Couin أن عملية قطع الحبل المنوى تحدث

أولا — ضموراً فى الخلايا المبطنة للأنابيب المنوية (Seminal Epih.) فنمواً وازدياداً فى الخلايا الخلوية الليفية . حتى فى الأحوال التى تربط فيها قناة واحدة فالخلايا الخلوية الموجودة فى الخصية المقـابلة تزداد وتنمو وتكثر . الأمر الذى لا يمكننا أن نجد له تعليلا واضحاً

ثانياً — أن هذا الضمور فى الخلايا وقتى فقط وأنه بعد مضى ستة الى ثمانية أشهر من تاريخ ربط القنـاة تعود هذه الخلايا فتنمو ثانيـة وتحدث افرازاً منوياً يتجمع فى الأقنية المنوية فيمددها بعد انكماشها ويملأها الى مركز الربط

النتيجة فى الذكور

لا تختلف هـذه النتائج المباشرة (Direct) فى بدئها عما فى الحيوانات . ولا ريب فى أن النتائج التى ظهرت لغـاية الآن جميعها مجمعة اجماعاً تاماً مع اختـلاف مصادرها على حدوث تحسن ونشاط فى القوى العموميـة والقوة التناسلية . ولـكن الى أى مدى من الزمن يدوم هذا التحسن وهل يستمر

دواماً . هذا مالا علم لنا به الآن وخصوصاً بعد ما سبق ذكره من النتائج على الحيوانات

أما فيما يختص بمقدرتها على اطالة العمر . فليس من الهين ايضاً الحكم على ذلك لأنه لايخفى أن لكل فرد أجل وأن لكل أجل كتاب واذا كان لايمكن لأى عريف مهما بلغت مقدرته أن يتكهن بطول أو قصر هذا الأجل فكيف يمكن البت فيما اذا كان حصل استطالة من عدمها ؟

وغاية ماهناك أنه لوحظ أن كثيراً من الدواب التى أجريت فيها العملية عمرت كثيراً وقضت شيخوخة أطول مما كان منتظراً . وأن كلباً عملت له العملية عاش سبعة أشهر أكثر من بقية زملائه الذين ولدوا معه فى بطن واحدة مع أنهم جميعاً ماتوا بضعف شيخوخى وليس بأمراض فتاكة موجبة لتقصير أجلهم . وعلى كل حال فالمشاهدات ليست عديدة والنتائج لاتزال فى دور التمحيص

* * *

الخلاصة

مما سبق ذكره وبالأخص النتائج الاخيرة التى ظهرت على الحيوانات (اكلينيكيا كانت أوهستولوجيا) يتضح لنا أنه يجب علينا أن لا نتسرع فى الحكم على هذه العملية بل لابد لنا أن نتدرع بالصبر والأناة وملاحظة النتائج وخصوصاً البعيدة منها أو الأخيرة . والتى لاتظهر الا بعدفوات ردح من الزمن وذلك لاعطاء حكم قاطع لها أو عليها

وقد جربت هذه العملية (ككل دواء جديد) فى كثير من الأمراض الأخرى وبالأخص العصبية كالشلل الاهتزازى Paralyin Agitaus وربما وضعت فى أيدى كثيرين من الأطباء المفكرين المتشوقين نتائج ربما لاتخلو من المبالغة حتى فى الأورام السرطانية لم يفتها فائت وذلك على رغم أنها تؤخر عقرب الميـاه خمسة عشر عاما فتنزع المريض من سن الشيخوخة السرطانى الى عهد الشباب اللاسرطانى

ملاحظات احصائية

عن انتشار الدرن فى الاسكندرية

ومختصر عن طرق مكافحته

للدكتور عبد الواحد الوكيل

مكافحة الدرن احدى المعضلات الشاقة التى تعترض سبيل الطبيب الصحى فى هذا القطر فانها موضوع لايزال فى الحقيقة بكراً لم تمسسه يد البحث والاصلاح بصفة جدية . ولقد أنشأت جمعية مقاومة الدرن عيادة أو عيادتين لايكاد المرء يشعر بثمرة منهما ربما لضعف المجهود نظراً لقلة المال أو الرجال مما دعا الى الاكتفاء بالعلاج الدوائى .وهو فى مكافحة الدرن (كما هو فى مكافحة وفيات الاطفال مثلا) ليس أهم الطرق ان لم يكن أضعفها

نصادف جميعاً حالات الدرن بانواعه وخصوصاً الرئوى فى عياداتنا .فنشحن المرضى بالعلاجات المختلفة ونعطيهم النصائح المعلومة ونمدحلهم حلوان واسوان ونقص على زملائنا شدة وطأة ذلك الداء فيهم . ونتحدث باتيانه على عائلات برمتها فتكا وتعذيباً . ولكن قليلا منا فكر فى مكافحة ذلك الداء(جملة) وليس (بالقطاعى) كما يمكن أن يوصف به علاج المرضى فى عيادات الأطباء

ان الحقيقة التى لامراء فيها أن اصابات الدرن أكثر جداً مما تشاهده عيوننا نخداع ذلك الداء مشهور معلوم . ويندر أن نرى الاصابات الا فى الدرجة الثانية وما بعدها

وقد يضع الانسان منا فكرة تقريبية عن مقدار انتشار الدرن فى البلدة التى هو فيها ولكن كثيراً ماتكون هذه الفكرة بعيدة عن الصواب وأقل من الواقع

لهذا ولأنه ليس من المستطاع القيام بمكافحة أى مرض مالم تكن لدينا معلومات احصائيـة وافية عن انتشاره ووفياته بادرت بجمع بعض احصائيات الدرن فى مدينة الاسكندرية أخيراً وقد استخلصت عدة نتائج قيمة منها

أن الذى رغبت فى التأكد منه هو : —

(١) كم شخصاً يموت بالدرن (بنوعيه رئوى وغير رئوى) فى اسكندرية وما نسبة ذلك لوفيات المدينة ولسكانها ؟

(٢) فى أى سن تكثر الوفيات بالدرن ؟

(٣) مانسبة وفيات الدرن الغير الرئوى الى الدرن الرئوى؟

(٤) كم يكون عدد المرضى بالدرن فى الاسكندرية استنتاجا من الوسائل الاحصائية ؟ . . .

أن معظم احصائيات الوفيات بالدرن فى هذه المدينة مأخوذ من التشخيص الذى يعمله أطباء الأقسام على جثث الموتى . وبما أن هذا التشخيص اجتهادى فان الاحصائيات التى تستنتج منه معرضة لخطأ تتفاوت كثرته حسب الظروف . ولكن مقارنة هذه الاحصائيات سنـة بأخرى ومقارنتها بمثيلاتها فى أوربا وأمريكا تدفع الانسان الى بعض الاطمئنان الى نتائجها

وانه لمن المؤكد أن وضع (الدرن) فى جدول الامراض المعدية الواجب التبليغ عنها من الامور المستحبـة جداً ليس فقط لضبط الاحصائيات بل كأحدى وسائل مغالبة هذا الداء الوبيل

أما الاسكندرية ميدان هذا البحث فلا يخفى أنها مدينة مزدحمة بسكان عددهم أقل قليلا من نصف مليون معظمهم فقراء ومتوسطو الحال وأقليتهم موسرون . ولا شك أن نتائج احصائياتها تتعادل مع كثير من مدن هذا القطر المهمة — ان لم تكن أحسن منها . ولذلك كان من المجيد معرفة حالة انتشار الدرن فيها

(١) كم شخصاً يموت بالدرن سنوياً باسكندرية وما نسبة ذلك لوفيات المدينة ولسكانها ؟

أذكر فيما يلى وفيات الدرن باسكندرية فى العشر سنوات الاخيرة وهى هكذا : —

السنين	١٩١٤	١٩١٥	١٩١٦	١٩١٧	١٩١٨	١٩١٩	١٩٢٠	١٩٢١	١٩٢٢	١٩٢٣	المتوسط
وفيات الدرن	٩٩١	١٠٣٩	١٠٦١	١٢٠٤	١٥١٣	١٢٩٣	١١٤٨	٩٣٣	٧٧٤	٦٧٥	١٠٦٣

يلاحظ من هذا الجدول أن متوسط وفيات الدرن هو ١٠٦٣ وأن الوفيات فى هبوط مستمر من ١٩١٨ نظراً لتحسن الاحوال بعد الحرب العظمى .

عند اجراء فحص الاحصائيات المذكورة لعمل النسب الى السكان والوفيات نصل للنتائج الآتية :

السنين	١٩١٤	١٩١٥	١٩١٦	١٩١٧	١٩١٨	١٩١٩	١٩٢٠	١٩٢١	١٩٢٢	١٩٢٣	المتوسط
عدد السكان	٤٢٣٠٠٠	٤٢٢٠٠٠	٤٢٢٠٠٠	٤٤٤٦١٧	٤٤٥٦٠٠	٤٤٨٢٠٠	٤٤٥٧٠٠	٤٤٩٣٠٠	٤٦٥٣٠٠	٤٦٦٧٠٠	٤٤٢٣٤٠
عدد الوفيات العمومية	١١٧١١	١٣٨٣٣	١٤٥٢٣	١٤٥٣٨	٢٠٣٢٤	١٨٨٨٦	١٤٢٢٣	١٣١٤٩	١٢٤٧٧	١٤٢٧٦	١٤٥٨٨
عدد وفيات الدرن	٩٩١	١٠٣٩	١٠٦١	١٢٠٤	١٥١٣	١٢٩٣	١١٤٨	٩٣٣	٧٧٤	٦٧٥	١٠٦٣
نسبة وفيات الدرن الى ١٠٠٠ من السكان	٢و٣	٢و٤	٢و٥	٢و٦	٣و٤	٢و٨	٢و٥	٢و٠	١و٦	١و٤	٢و٤
نسبة وفيات الدرن الى ١٠٠ من الوفيات	٨و٤	٧و٥	٧و٣	٨و٢	٧و٤	٦و٧	٨و١	٧و٠	٥و٩	٤و٧	٧و٢

ان هذه الاحصائيات تدل على (١) أن كل الف من السكان يموت منهم (٤ر٢) كل عام بالدرن و (٢) أن وفيات الدرن تكون (٢و٧٪) من الوفيات العمومية . او مايساوى ⅟١٤ منها

ولا شك أن هذه نسبة فاحشة جداً لمرض ليس هو الوحيد فى القائمة الطويلة من الامراض والعلل التى منى بها البشر . فمثلا فى السنة ١٩٢٠ مات بالاسكندرية (٥ر٢) فى الألف بالدرن (وحده) بينما قد مات (بجميع) الامراض الوبائية الأخرى (٥ر١) فى الالف فقط

غير ان هذه الأرقام أقل مما هو فى أمريكا والمانيا ففى الأولى بلغت وفيات الدرن ٩ ٪ من مجموع الوفيات وفى الثانية ١٢ ٪

(٢) فى أى سن تكثر وفيات الدرن :

ان فتك الدرن بالناس حسب أعمارهم متشابه فى جميع السنين ولذلك انتقيت سنتى ١٩١٩، ١٩٢٠ لعمل احصائيات الأعمار فيهما واتخاذهما كنموذج لبقية السنين

	الاعمار بالسنة	٠—١٠	١٠ – ٢٠	٢٠ – ٤٠	٤٠ — ٦٠	٦٠ومافوق	الجملة
١٩١٩	وفيات بالدرن	٩١	٢٦٨	٦٣٧	٢٤٦	١٥	١٢٩٣
	وفيات عمومية	٩١٢٦	٩٦٧	٣١٥٧	٢٢٦٧	٣٣٦٩	١٨٨٨٦
	النسبة ٪	٠و٩	٢٧و٧	٢٠و١	١٠و٨	١و٥	٦و٧
١٩٢٠	وفيات بالدرن	٩٩	٢٥٨	٤٧٢	١٥٩	١٦٠	١١٤٨
	وفيات عمومية	٧٥٨٣	٧٦٨	١٨٥٩	١٤٦٦	٢٥٤٧	١٤٢٢٣
	النسبة ٪	١و٣	٣٣و٥	٢٥و٣	١١و٨	٦و٢	١و٨
	متوسط النسبة ٪	١و١	٣٠و٦	٢٢و٧	١١و٣	٣و٨	٧و٤

ان الذى يجذب النظر فى هذا الجدول هو تشابه الأرقام عنـد مقارنة السنتين تشابهاً قريباً جداً من التعادل . فبينما تجد وفيات الدرن فى العشر سنين الأولى من الحياة قليلة (٩١ ر ٩٩) اذا بها تزداد باستمرار فى العشر سنين التالية الى (٢٦٨ ، ٢٥٨) ثم فى العشرين سنة التالية الى (٦٣٧ ، ٤٧٢) ثم تنخفض تدريجياً بعد ذلك

أو بطريقة أخرى مع ذكر الارقام النسبية ان وفيات الدرن فى الاعمار (١٠ — ٢٠) ، (٢٠ — ٤٠) ، (٤٠ — ٦٠) هى ٦ر٣٠ ، ٧ر٢٢، ٣ر١١ فى المأية من مجموع الوفيات بينما أن وفيات الأطفال والطاعنين فى السن قليلة جداً

ويمكن تفسير ذلك بطريقة ثالثة واضحة هى كالآتى

	١٩١٩	١٩٢٠	المتوسط
الوفيات بالدرن فى سن ١٠ — ٤٠	٩٠٥	٧٣٠	٨١٧
الوفيات العمومية فى سن ١٠ — ٤٠	٢١٢٤	٢٦٢٧	٣٣٧٥
النسبة ٪ لوفيات الدرن فى سن ١٠ — ٤٠	٢١,٩	٢٧,٧	٢٤,٢

أى ربع من يموتون فى زهرة العمر فى سن ١٠ — ٤٠ سنة سبب وفياتهم بالدرن وحده

(٣) ما نسبة وفيات الدرن الغير الرئوى الى الدرن الرئوى :

ان كثرة انتشار النوع الرئوى من الدرن تجعله فرعاً بارزاً بذاته من فروع ذلك المرض الوبيل . والاحصائيات التالية لسنة ١٩٢٠ تدلنا على أن نسبة وفيات الانواع الأخرى من الدرن كلها (الدرن المعوى — درن المفاصل — درن الغدد — درن الكلى — الخ الخ .) الى وفيات النوع الرئوى كنسبة ٧/١

نوع الدرن	عدد الوفيات ١٩٢٠	النسبة ٪
درن رئوى	١٤٠	١٢و٢
درن غير رئوى	١٠٠٨	٨٧و٨
الجملة	١١٤٨	١٠٠
النسبة بين النوعين	$\frac{٧}{١}$	تقريباً

كم يكون عدد المرضى بالدرن فى اسكندرية استنتاجاً من الوسائل الاحصائية السابقة ؟

قد اختلف الباحثون فى طرق استنتاج عدد المرضى من وفيات الدرن . فانه لا توجد طريقة حقيقية وافية بالمرام لتعداد المرضى الا طريقة البلاغ عنهم كما هى الحال فى الامراض الوبائية . هذه الطريقة أيضاً معرضة لخطأ جسيم بسبب التستر على الاصابات و بسبب وجود كثير من الحالات المجهولة حتى من المرضى أنفسهم كما هى عادة الدرن فى بعض الأحيان

فبعض الباحثين فى (أدنبرة) يعدون أن كل عشرين اصابة بالدرن تموت منها واحدة كل سنة . وبهذا يضربون عدد الموتى بالدرن فى ٢٠ فيكون الناتج هو عدد المرضى

وآخرون ينظرون الى خطأ التشخيص فى الوفيات والى أسباب الخطأ الأخرى فيعدون أن ١٠ هو عدد أقرب الى الحقيقة من ٢٠ وهذه هى الطريقة المتبعة فى امريكا

ويلوح لى أن هذا العدد معرض للتغير حسب الممالك والجهات . وأن لكل منها نسبة خاصة لا يمكن الوصول اليها الا بمواصلة الاستقراء والبحث . ولكنى

سأستعمل فى احصائياتى الطريقة الأخيرة فأجد النتائج الآتية : —

حيث أن متوسط الوفيات بالدرن فى اسكندرية فى العشرة سنوات الاخيرة هو (١٠٦٣) فان عدد المرضى يكون (١٠٦٣٠) مريضاً ربما أن سكان المدينة يبلغون حوالى(٤٧٠ ٠٠٠) الآن فتكون نسبة المرضى الى السكان هى (٢٢,٦ فى الالف) يموت منهم كما قدمنا (٢,٦ فى الالف) فى كل سنة .

وأننى لا أستبعد أننا اذا فحصنا سكان الاسكندرية جميعاً فحصاً دقيقاً لعثرنا على ما يقرب من هذا التعداد

ان خلاصة هذا البحث الاحصائى تتركز فى النتائج الاتية : —

١ — أن الدرن يسبب (٧,٢ ٪) من مجموع الوفيات

٢ — أن الدرن يسبب وفيات (٢,٦ ٪) من السكان كل سنة

٣ — يكثر فتكه فى الذين عمرهم من (١٠ — ٤٠) سنة فيسبب ربع وفياتهم

٤ — ان الدرن الرئوى يسبب (٨٧,٨ ٪) والانواع الأخرى تسبب (١٢,٢ ٪) من الوفيات به أى بنسبة ٧ : ١

٥ — أنه يوجد فى مدينـة الاسكندرية حوالى عشرة آلاف مريض بالدرن منهم (١٢٥٠) بالأنواع الغير رئوية و (٧٨٥٠) بالنوع الرئوى

طرق مكافحة الدرن

سبقنا أهل أوربا وأمريكا فى مناضلة هذا المرض الخطير فى بلادهم فاذا تقدمنا مثلهم فى سبيل هذا العراك المجيـد فاننا نجد كثيراً من الطريق قد مهدت عثراته . ونستقى من نتائج أعمالهم وتجاربهم ما يساعدنا فى الوصول الى غرضنا الشريف .

ان الدرن فى تناقص أكيد فى العالم من سنوات كثيرة بسبب انتشار العلم والعرفان وتقدم الخلق فى معرفة واجبات النظافة والتهوية وتقوية الأبدان

وأخيراً باكتشاف طرق العدوى ومقاومتها .

ولكن ذلك تناقص بطيء الحركة . ضيق الخطى . ولا يزال الدرن مكشراً كما ترى عن نابيه يذيب الاجسام ويلتهم الأنفس . فلنترك البكتريولوجين وغيرهم فى ابحاثهم عن مصل أو طعم أو دواء يحلون لنا به هذه العقدة كما حلوا عقدة الزهرى والدفتريا وغيرهما ولننظر فيما هو فى متناول أيدينا الآن من وسائل الكفاح والجهاد

١ — انشاء حملة ضد الدرن :

يلزم أن يكرس شخص أو جماعة أنفسهم لهذا الغرض النبيل . فيحيطوا بمقدار انتشار الدرن فى القطر المصرى عامة ويدرسوا بامعان الوسائل المتبعة لمكافحته . ويهيئوا (خطة كاملة للحملة ضد الدرن) لا بأس أن يبدأوا بتنفيذ صغائرها ثم يثابروا لاتمام كبائرها

أن الحملة ضد الدرن كالحملة ضد الاوبئة وضد وفيات الاطفال هى حملة ضد الجهل فى الوقت نفسه — فنشر العلم يوسع اذهان الجماهير ويفتحها لمعرفة واجباتها نحو أبدانها . وطرق الصحة الشخصية كما أنها تقى من الانكلستوما تقى من الدرن . فنشر العلم أداة أولى فى يد اركان حرب هذه الحملة . وهم اذا جاهدوا فجلبوا لمشروعهم عطف الجمعيات الطبية والنسوية والجرائد والمجلات وعطف معاهد العلم الدينية أو انشأوا جمعية وطيدة لمقاومة الدرن فيها الامراء والوزراء والكبراء أو دفعوا الحكومة لايجاد ذلك الفرع الهام . لنالوا نصف النجاح من أول خطوة .

فالحملة ضد الدرن أساسها الاكبر النشر والتعليم : يلزم تعليم الجمهور خطر المجتمعات والمساكن الضيقة المزدحمة . حيث يستنشق الذرات الصاعدة من زفير المرضى . وتعليمه أن يستعمل أدوات منزلية خاصة لنفسه . وأن عدوى الدرن تدخل اللبن فيجب غليه . يجب تلقينه فائدة الهواء الطلق والالعاب الرياضية

وضرر التدخين والسهر . كما علينا تفهيمه فائدة الاسراع الى الطبيب عند المرض ونذكره بخطر البصق التائه .

يمكننا أن نبث هذه الاشياء الأساسية فى أبناء وطننا فتعلمها المدارس للتلاميذ الصغار ويلقيها المشايخ والقسس والربابنة على الكبار فى المعابد . ونلصقها فى القطارات والسيارات والمحال العامة وفى المحطات والمعامل ونطبعها فى الكتب والمنشورات أو فى الصحف والمجلات . ونعمل منها الواحاً سينماتوغرافية وفوتوغرافية وغير ذلك من طرق البروباجنده . فنلتقى فى عملنا هذا باخواننا العاملين فى مكافحة وفيات الأطفال ومكافحة الاوبئة ومكافحة الديدان فنتعاون وننجح جميعاً

كما علينا أن نتبصر فى ايجاد المال الذى هو حجر الزاوية وبيت التعضيد وكعبة الامال

(٢) المصاح والمستشفيات :

ينقسم مرض الدرن الى قسم مأمول برؤه وقسم لا ينتظر شفاؤه فمن الاول من لا ينفث مكروب الدرن فى تنفسه ومنهم من ينفثه فيكونون أداة عدوى خطيرة يجب علينا فصلها عن اقاربهم واصدقائهم بايجاد (المصاح) يجدون فيها علاجاً ناجعاً و (المستشفيات) لمن لا يرجى شفاؤه فيجدون فيها علاجاً ملطفاً

(فالمصاح) نعدها لمن هم فى أوائل عهدهم بالداء ويمكن أن يستفيدوا من الهواء النقى والشمس الجيدة والغذاء المرتب والتمرين المنظم والعناية الطبية الدائمة يمكثوا فيها ستة شهور أو نيف ثم يعودون الى منازلهم أما (المستشفيات) فنعدها للآخرين يقضون فيها سنى عمرهم البالية ويقدم لهم الطب فيها ما يسيغون به علقم مرضهم

ويجب علينا الاكثار من تلك الاماكن ولنضرب مثلا الاسكندرية : أن

بها كما ذكرنا حوالى ١٠٠٠٠ مريض منهم ١٢٥٠ مرضى بدرن غير رئوى ويمكن علاجهم فى منازلهم والباقون ٨٧٥٠ مرضى بالنوع الرئوى . فنحو ⅕ هؤلاء يكونون محتاجين الى (المصاح) دائماً أى أن ١٧٥٠ شخصاً محتاجون الى ١٧٥٠ سريراً والى مكان للرياضة الدرنية فى الاسكندرية

فاذا اعتبرنا أن هذا العدد كبير لخطأ الاحصائيات فلا أقل من مصح يسع بين ٥٠٠ و ١٠٠٠ شخص لمدينة الاسكندرية اذا أردت أن تبلغ درجة الكمال وقس على ذلك البلدان الأخرى

عيادات الدرن : يلزم الاكثار من عيادات علاج الدرن وخصوصاً فى أحياء الفقراء مع تنسيقها ووضع جميع معدات الفحص البكتريولوجى والاكلينيكى والعلاج الحديث فيها والنشر عنها ليؤمها المرضى . والاستفادة منها كأداة تعليمية هامة لزوارها

التبليغ عن مرض الدرن : لا جدال فى فائدة وضع الدرن فى جدول الامراض المعدية الواجب التبليغ عنها قبل الوفاة لا بعدها كما هى الآن ويمكن أن تؤخذ البلاغات بصفة سرية اذا وجدت معارضة ما

فالتبليغ عن هذا المرض يعطينا معلومات أقرب للحقيقة مما نحن عليه الآن ويفتح أمامنا باب المحاربة بالتطهير والزيارات المنزلية

(٥) التطهير : يلزم الالتفات الى تطهير منازل المرضى والموتى بالدرن واعادة تطهير منازل المرضى فى كل فرصة ممكنة . كما يجب تعليمهم خطر عدوى غيرهم من بصاقهم وتنفسهم . فيفهموا استعمال الخرق وحرقها كما يلزم تلقين الجمهور تطهير الالبان بغليها

(٦) العيادات المنزلية : يقوم بها فى أوروبا وأمريكا الاطباء والممرضات الذين بلغوا درجة كبيرة من الخبرة والمعرفة . لارشاد المرضى وعلاجهم وارشاد أقاربهم الى مافيه خيرهم جميعاً . ولا يتأتى نجاح هذا الا اذا نفذ التبليغ عن المرضى

(٧) التشخيص المبكر : من أهم ما يجب أن يعنى به الاطباء عموماً . فكل من يشتبه فى مرضه يجب أن يفحص صدره وبصاقه مراراً حتى تنجلى الحقيقة قبل استفحال الخطب وضياع الامل . ويجب أن يسهل للجمهور فحص بصاقهم مجاناً فى كل وقت اما فى العيادات المجانية للدرن واما فى العيادات العمومية والمستشفيات وغيرها

(٨) اصلاح الحالة الصحية للمنازل : يجب ألا يبنى منزل بدون رخصة ينص فيها على عدد سكانه وتهويته وأدواته الصحية وأن تفتح الشوارع واسعة ويكثر من الحدائق فى الجهات المزدحمة لتنقية الهواء

(٩) الحيوانات المريضة : وخصوصا الابقار . وأيضا اللبانون المرضى من أهم ما يجب الالتفات اليه فى مكافحة الدرن . ففى المدن على الخصوص يلزم تقرير اجراءات شديدة على الزرائب ومحال الحليب والكشف بدقة على اللبانين وفى أوروبا وأمريكا يفحصون الحيوانات (بالتيوبركلين) وغيره لفصل المريض منها بين حين وآخر

هذه بايجاز شديد أهم طرق مكافحة الدرن ذكرتها لكى نعلم اتساع نطاق هذا العمل المجيد وخطورته وضرورة الحصول على مال وافر لاتمامه على حقبة من السنين مع حسن السعى وقوة الارادة

فلن يعوزنا العزم اذا أردنا ولن تعوزنا وسيلة أخرى من تلك الوسائل

فلمصر ساحل بحرى طويل وصحراوين كبيرتين وجو يمكن انتقاء أصلحه لانشاء المصالح والمستشفيات وفيها البكتريولوجيون والاطباء المهرة للفحص والعلاج وفيها شبكة من خطوط الحديد تربط أقاصيها بأقاصيها . والمدارس فى تكاثر مستمر والصحف سيارة فى كل صقع وقرية والقلوب متعطشة للعلم فلنأخذ دورنا نحن الاطباء فى هذه الثورة العظيمة ولنفك من ربقة الامراض أهالينا ومواطنينا والسلام

طريقة العلاج الحديثة

علاج التهاب القولون المزمن

بقلم ادولف ابراهيم

وترجمها الدكتور محمد مبارك

Adolphe Abrahame M. D. M. R. C. P.

Phpician Hamdoteab heneral Hosp

assistant Physieisn Meduintstes Hosp

يصادف الكاتب فى التهاب القولون المزمن أولا الصعوبة الأساسيـة فى تعريفه فيمكن استعمال لفظ التهاب القولون « Colitis » اذا كان من المستطاع تقديم البرهان على وجود تقرحات فى الأمعاء الغليظة كما فى الاحوال الآتية مثلا فى الدسنطاريا والتدرن والورم الخبيث والعدوى بباسيل القولون ومكروبات صديدية أخرى كما فى الحالة التى تسمى التهاب القولون التقرحى « Ulceretive Colitis » ولـكن غالب الحالات التى تسمى عادة التهاب القولون المزمن لا يمكن نسبتها الى عدوى نوعية معينة كما أنه لا يوجد دليل على أى تغيير باتولوجى بعد التشريح فى الامعاء ويمكن القول بأن نوع الالتهاب رسمى فى الرد على الاعتراض الاخير « Catanhal »

زيادة افراز المخاط

زيادة على العدوات النوعية والأورام الخبيثة التى ذكرت قبلا يوجد أسباب أخرى للتهييج تغير فراغ الامعاء مثل السقوط والالتواءات والضيق والالتصاقات والضغط الخارجى باورام قد تؤدى لزيادة افراز المخاط ويضاف الى هذه

الأسباب المهيجة أيضاً وجود الحصوات البرازية « Scypola » فى الامساك المزمن وايضاً الوصفـات التى تستعمل للتلطيف كالمسهلات أو الدشات غير الموافقة الموصوفة من غير خبرة ويوجد أيضاً من الاسباب العادية الطفيليات المعوية والعدوات التحت حادة فى القناة الهاضمة والتقيح فى الأسنان والتجاويف الانقية واللوز أو الأحشاء الحوضية . ولقد قيل أيضاً أن من الأسباب افراز حمض البوليك والمهيجات الأخرى التى يفرزها الغشاء المخاطى للأمعاء .

فاذا نحينا الأسباب المهمة جانباً فانه يوجد طائفة أخرى معينة من التهاب القولون المخاطر والتهاب القولون المخاطر الغشائى والمرض المخاطر وعصبية الأمعاء والمغص القولونى المخاطر والزكام المخاطر والتهاب القولون الشبيه بالغشائى والتهاب الأمعاء الغشائى والتهاب القولون المـكسومى العصبى والاسهال المـكسومى العصبى والاسهال الأميوبى ومرض القولون الغشائى المخـاطر « Mues membranous Colopathy » ولقد ضربت كل هذه الأسماء طبعـاً لتبين سبباً للمرض أو لتدل على علامة مهمة فى المرض

الأعراض : مهما اختلف فى أصل المرض وكنهه فانه يكاد يكون هناك اجماع على ان المرض اعراض مختلطة . وهذه تبتدئ بامساك مزمن أو بأدوار متعاقبة من امساك واسهال مع اخراج مخاط يختلف بين الـكثرة والقلة أو بافراز قطع منه جامدة تشبه الفالوذج منفردة أو على شكل قوالب غشائية وألم بطنى ووجود أعراض مختلفة فى الحركة والاحساس والعقلية يعزى بعضها الى التسمم الذاتى ويسمى غالبها بالضعف العصبى

— النيروستانيا — وهى تسميـة اصلاحية ان لم تكن علمية . وهذه الأعراض هى التى تجعل مجالا كبيراً للاختلاف فالعضويون يقولون أنها نتيجة لضعف جسمانى أما الذين يقولون أنه مرض عصبى فمع أنهم قد لايعارضون فى وجود سبب من عدوى أو أسباب جسمانيـة أخرى مقتنعون بأن الضعف

الأساسى موجود فى المجموع العصبى الذى يتأثر بشدة غير معقولة من مؤثرات تافهة . ويمكن أن يقال كثير فى جانب كل نظرية

الامتحان العادى

وأول عامل مهم فى العلاج هو البحث المستوعب وهذه القاعدة يصح أن تقال فى أى مرض ولكن لها شأنا خاصا فى هذا الصدد لانه ما من واحد يقدم على علاج حالة التهاب مزمن فى القولون الا ويظن انه ربما يعالج حالة التهاب ثانوية فى القولون قد يعرف سببها ويزال

وان النتيجة الحسنة التى تعقب أحياناً استئصال الزائدة الدودية الملتهبة وغسيل القولون بعد من فتحه فى الاعور أو الزائدة محرض كبير على استئصال الزائدة فى حالات كثيرة ولكن هذا التشخيص يجب أن يعمل على أساس قوى من ملاحظة كل الاعراض فانه أن لم تكن الزائدة هى السبب حقيقة فى التهاب القولون فان استئصالها لا يجدى وزيادة على ذلك يضعف الصحة عموما لما يعقب فتح البطن عادة من الصدمة العصبية الجراحية

وايضا يمنع البحث العام من الوقوع فى خطأ العلاج العرضى فى حالات تحتاج الى تغيير الفك كليـة لعلاجها علاجا صحيحاً فقد شاهدت حالتين من حالات التهيج المستقيمى كان العرض الغالب فيهما افراز المخاط والتعنى وشاهدت ثلاث حالات زاد الافراز المخاطى فيها نتيجة ضغط خراج حوضى على المستقيم وفى كل الثلاث حالات كان يظن ان الحالة التهاب فى القولون . وعلاوة على كل ما تقدم يجب أن يستعمل المنظار المستقيمي فى كل الحالات فان حالات موضعية فى المستقيم أو القولون الحوضى تحتاج لعلاج موضعى فقط — وربما تكون هناك أورام أيضاً قد لا يلتفت اليها

علاج التهاب القولون المخاطى الأصلى

(١) العلاج الغذائى : كل القوائم الغذائية ما عدا واحدة كانت تقصد الى الاحتواء على مواد بسيطة قليلة الفضلات ولكن فون نوردن Von Noorden قد اختار العكس فاستعمل خبز جراهام والفواكه الغليظة القشرة والكبيرة البذور ليقاوم الامساك الذى يشتكى منه هؤلاء المرضى مدداً طويلة ولكن حينما تفكر المريضة فى العلاج تجد انه حتى المسهلات القوية تكون قد فقدت تأثيرها والامعاء تكون اذن فى حالة تقلص وأى محاولة فى ازالة الامساك بالغذاء المهيج تزيد الطين بلة

انتخاب الغذاء : يمكن انتخاب الغذاء بالتدريج المتصاعد على حسب خطورة الحالة من الأنواع المذكورة بعد . المياه المعدنية الخفيفة القليلة الغاز مثل ماء افيان وشرش اللبن وشربة الخضار والعصيدة والمكرونة والمهلبية والارز باللبن والخضراوات المهموكة — بيرى — والسمك والدجاج واللحم المسلوق أو الطيور المسلوقة والفواكه المهموكة . وطريقة كمبى « Combés Régime » التى تحتوى غالباً على مخلوط من اللبن والنشويات اتبعت بالدقة فانها زيادة عن انها غير مهيجة تأثر على مجموعة ميكروبات الامعاء . وفى التهاب القولون يكون تأثير البراز قلويا غالباً فغذاء يحتوى على مواد أزوتية قليلة تكون وسطاً غير صالح لنمو المكروبات غير الهوائية — التعفنية —

(٢) علاج الامعاء : يجب أن تمنع كل المسهلات تباعاً ما عدا مقادير صغيرة من زيت الخروع أحياناً وتستعمل حبوب السليم « Psyliun Seeds » والأجار وسائل البرافين حتى لو كانت استعملت من قبل وأمهلت . وفى الحال يجب عمل حقن شرجية من زيت الزيتون وطريقة العلاج هذه اذا استعملت طويلا تأتى بنتائج جيدة أولا من شفاء الامساك وثانياً من تحسين حالة الغشاء

المخاطى للقولون . وبعد تعليم قليل يمكن للمريض عمل هذه الحقن بشخصه . فيؤخذ مقدار من الزيت الطيب المغسول ما بين ٢٥٠ ، ٣٠٠ جراماً ثم يسخن لدرجة ٣٨° سنتجراد — ١٠٠ ف — ويحقن فى الشرج بضغط خفيف . ويمكن استعمال حقنة حائط وترفع نحو ٣٠ سنتيمتراً - قدم — عن المريض الذى يأخذ الوضع المستلقى على ركبتيه وصدره أو نائماً على الجانب الايسر ويحفظ الزيت طول الليل ثم تدفأ فوطة وتوضع لتمنع انزلاقه وفى الصباح يفرغ المستقيم براحة وتستمر هذه الحقن مدة أسبوعين على الاقل وكل ليلة ثم تقلل بالتدريج كلما أمكن الامعاء أن تفرغ نفسها من غير واسطة حتى ينتهى الأمر بعمل حقنة عند اللزوم

وفى الوقت الذى أقول فيه بفائدة حقن الزيت العظيمة أقول كذلك أن أى طريقة من طرق غسل الامعاء تفيد اذا استعملت بمهارة وكان السائل فيها غير مهيج فمياه بلمبير « Plombiéres » وشتل جوايون « Chatel juyon » لا تستثنى مع غيرها ولكن المياه الكبريتية الشديدة لا تستعمل بتاتاً ويحتاج نادراً الى القوابض وفى حالة الاحتياج يستعمل التانوجين «Tanogen » والتانلبين « Tannalbin » لأنها توافق أ كثر

(٣) تحسين الألم والارياح . البلادونا مفيدة جداً ويظهر أن كل المرضى بالتهاب القولون المخاطى عندهم تنبيه فى العصب الحائر « Vagotonic » وهذا الدواء يستعمل عادة كحبوب مع المنتول والفاليريان مثلا

خلاصة البلادونا	٠٫٠٣ — ½	قمحة
منتول	٠٫٠٣ — ١	«
خلاصة الفاليريان	٠٫١٠ — ١½	«
مسحوق الفاليريان	٠٫٠٦ —	«

واستعمال المدفئات — مثل استعمال مكمدات الفانلات المغموسة في الماء الساخن تحسن الحالة دائماً

(٤) تقليل التعفن : لقد ذكر من قبل تأثير الغذاء بهذا الصدد . أما من جهة المطهرات المعوية فانى لا يمكننى أن أتكلم فيها بثقة فى نفعها ولكن حمض اللبنيك يفيد أحياناً وحيث أن المرضى بالالتهاب القولونى المزمن لا يمكنهم تحمل اللبن فيحسن استعمال زرع نقى عن استعمال اللبن الحامض . أما العلاج بالفكسين فلا محل له الا نادراً لأنه مبنى على باكتريا مختلطة كما هو الحال فى الامعاء

(٥) العلاج العام : اذا كان علاج المصمات مفيداً فانى لا يمكننى أن أجزئ الفائدة المترتبة على الطقس والنظام العادى والتأثير المفيد ولكن الطقس له بعض الفائدة حتما لأنى قد أقررت باخفاقى بعد التجربة بعد أن قلدت فى كل جزئية طريقة علاج مشهورة أنها مفيدة جداً فى لوزان والمرضى بالتهاب القولون المزمن لا يتحملون البرد وعلى ذلك يجب الاستمرار فى النصيحة أن يستمر المريض لابساً ما يدفئه من الفانلات وأحزمة البطن والفائدة التى تظهر بعد قضاء بعض أسابيع فى السرير لا يعزى للراحة وحدها ولكن للدفء أيضاً ويوجد دائماً سقوط فى الامعاء ولكن لا يعلم مقدار أثره بالضبط وله تأثير دائماً فى الامساك المصاحب ولذلك لا تستغرب الفائدة من استعمال حزام للبطن مضبوط وسواء وجد تقدم أو لم يوجد فان من المفيد اعطاء طائفة من حقن كوكوديلات الصوده وجلسرفسفات الصوده والاستركنين. أما التمرينات الجسمية فيجب أن يراعى فيها ميل المريض وقدرته أما التمرينات الخلوية فيجب أن يساعد . والتدليك البطنى مفيد ولكن يجب ايقافه عند الاحساس بألم واستعمال التيار الكهربائى الجلفانى له تأثير مسكن فى التشنج المعوى وفى الجهاز العصبى للبطن عموماً

(٦) العلاج الجراحى : اذا أمكن أن يقتنع الطبيب ابتداء أن القولون مرض وانه ثانياً زائد لا فائدة منه قد يتشجع اذن على عمل عملية وصل الاليم بالقولون النسبى أو العمليات الجراحية الأكثر خطورة التى ليس لى بها تجربة شخصية

(٧) علاج الجهاز العصبى : هذا موضوع كبير جداً لبحثه هنا ولكن لسوء الحظ تصاب أغلبيــة المرضى بحالة عقلية اذا لم تقض عليهم بأن يعيشوا مرضى دائماً فقد جعلت عندهم استعداداً للنظر الى الوجه السيىء من حياتهم ولذلك تراهم يعيشون بشكل من شأنه أن يجعل مرضهم مستمراً — قلة الحركة والهواء النقى واللهو والعمل

فاستياؤهم من الاخفاق الماضى وقلة الثقة الناشئة من التفكير فى النظريات المتضاربة لأصل مرهم لا تمكنهم من العمل بحماسة فيما من شأنه أن يحتاج لعمل طويل واذا كان من الضرورى بحث كل مريض على حدة فلا فائدة اذن من الاستمرار فى ذكر العموميات الطويلة . ولكن يجب ذكر شىء واحد . وهو ولو انه يجب العلم بكل دقيقة من المريض الا أن كثيرين منهم جداً يهتمــون بنوع خاص بفضلاتهم حتى يجنوا بها وعلى ذلك يجب تفهيم المريض أولا عن امتحان المرض ليس من شأنه بل يجب أن يتركه لغيره

(٨) علاج النوبات الحادة : قد يحصل أحياناً تجمع فى كميات كبيرة من المخاط المتجمد يحس المريض معهــا بألم بطنى زائد ويضطر لملازمة فراشه . ويوضع على البطن مكمدات ساخنــة وينقص الغذاء حتى لا يحتوى الا على ماء افيان وشوربة مثمنة بالشعير « Créme d'orge » أوالاروروت أو الارز لمدة يومين ويعطى المريض حقنــة مرفين وأتروبين لحستين التشنج المعوى ويعمل له حقنة شرجية كبيرة من زيت الزيتون يعقبها حقن نصف لتر — بينت — من الماء الدافئ بتأنى وبعد ذلك بساعتين يعمل للمريض حقنة

من الماء الدافئ درجة ٣٧° سنتيجراد — ٩٩° ف — بقدر لتر وبذلك يخرج كل المخاط وهذه الحقنة يوضع فيها ١,٥ جرام — نصف درهم — من ادلبات الصودة Oleate of Soda

---

حالة طبية نادرة

خصى متعددة — احداها عالقة — وأخرى بدون حبل منوى

للدكتور رياض اسكندر

جراح بمستشفى اسكندرية

حضر الى المستشفى الاميرى بالاسكندرية مساء يوم من شهر اكتوبر الماضى رجل مرسل من قبل أحد حضرات الزملاء بالمجلس البلدى مصاب بفتق أربى يسارى مختنق . فقبل بالمستشفى وكشف عليه حضرة النائب فاذا هو مصرى فى الحلقة الرابعة من العمر قوى البنية ممتلئ الجسم يشكو أربياً يسارياً قديماً بحجم البرتقالة . اختنق منذ الصباح وكان نبضه عادياً وحرارته طبيعية وقد كان انتابه اسهال مصحوب بمغص قبل الاختناق ثم أعقبه امساك فلم يتبرز ولم يتقايأ فأمر له حضرة الطبيب بحقنة شرجية وببعض المواصفات الابتدائية فارتد الفتق بعد برهة وجيزة

غير أن حاله فى صبيحة اليوم التالى لم تتحسن كما كان منتظراً بعد ارتداد الفتق بل اخذت يسوء عن ذى قبل . فكشفنا عليه سوياً فاذا اعراض الاختناق لم تزل بادية عليه فلم يتبرز طول الليل بل تقايأ دفعتين بدون مسوغ وأخذ النبض فى الازدياد قليلا وكانت حالته العمومية المعنوية لا تبعث على الارتياح . وشوهد بمركز الفتق عند الفحص ورم صغير بحجم البيضة الصغيرة مركز القناة

الاربية اليسرى وهو مخروطى الشكل طرفه الرفيع متجه الى أعلى وينتهى عند فتحة القناة الباطنية والطرف الآخر متجه الى أسفل وينتهى عند فتحه القناة الخارجية . متحجر . مؤلم . وغير ملتصق بجدر البطن . ولا يمكن رده الى تجويف البطن أو قاع الكيس . وليس به تموجات ولا تحدث فيه اهتزازات بالكح . ووجد بالكيس ورم آخر متموج حديث (على قول المريض) وهو عبارة عن قيلة مائية . أما الخصية فيمكن جسها وهى صغيرة وعالقة بقرب فتحة الاربية وبها ضمور واضح ولم يكن جس الحبل المنوى ولا الاوعية الدموية لعدم هبوط الخصية وشدة قصره ووجود القيلة

وبالنظر لعدم زوال أعراض الاختناق كان من المحتم علينا عمل عملية مستعجلة لمعرفة أسباب بقائها ولاستكشاف نوع الورم الباقى

عمل الشق الاعتيادى كما هو المتبع فى عملية الفتق فى الجلد والأنسجة الخ الى أن وصلنا الى الكيس فلما استخرج وفتح لم يشاهد به شئ من محتويات البطن كالأمعاء أو الثرب وكل ما وجد به بعض كور عنقودية صغيرة من الدهن المتجمد ملتصقة بجدر الكيس وليس لها اتصال بداخل البطن . وعددها يبلغ الخمسة عشر وهى تشبه فى لونها الجمع الاصفر ومتصلة بعضها ببعض بألياف وخيوط دقيقة — ثم شوهد خلف الكيس ورم صغير بحجم اللوزة صلب غير متموج بيضاوى الشكل وبعد تشريحه واستخراجه من مركزه وجد طرفه الأعلى متصلا بجملة أوعية دموية كثيرة بينها جسم صاب رفيع حبلى الشكل . مستطيل يشبه القناة الناقلة المنوية أو الحبل المنوى — وهذا مما جعل نعتقد أنها خصية . ويعمل قطاع فيها وجدنا نسيجها يشبه حقيقة نسيج الخصية — بحثنا عن الخصيتين اللتين سبق لنا أن استشعرنا بهما فى الكيس قبل العملية واحداهما كما يتذكر القارئ معلقة . فوجدناهما فى مركزهما

استمررنا فى تشريح وفصل الخصية السابقة الذكر فوجدنا طرفها السفلى

يتصل بجملة أوعيــة دموية متجهة الى الأسفل حتى قمة الـكيس حيث تندغم فى الخصية المعلقة المحاطة بالقيلة المائية وبعد فحص هذه الاوعيــة بدقة لم نشاهد بها قناة ناقلة

ويتصل بهذه الخفية السفلى العالقة من جهة أخرى جملة أوعية دموية آتية لها مباشرة من الفتحة الاربية الداخلية فضلا عن الاوعية الآتية لها من الخصية العليا . وبعد فحصها أيضاً لم نشاهد بها قناة ناقلة . ويلاحظ أيضاً أن الخصية العليا التى يندمج فيهــا الحبل المنوى الوحيد كانت خالية من البرابخ — بينما الخصية السفلى كان بها بربخ وكان حولها القيلة المائية

وقد أمكننا وضع الخصيتين معاً فى الـكيس ثم أتممنا عليه الفتق ويمكننا جس الخصيتين فى تجويف واحد بالـكيس

أهمية هذه الحالة

لهذه الحالة أهمية علمية من جملة أوجه

أولا — وجود أكثر من خصيتين . اذ أن تعدد الخصى Polyorchism أمر نادر جداً

ثانياً — عدم وجود قناة ناقلة لاحدى الخصيتين . وقد روى فى بعض الـكتب الطبية ما يفيد وجود نصف القناة الناقلة . تارة منفصلة بالخصية وتارة متصلة بالبروستاته والحويصلات المنوية. ولـكن القناة فى حالتنا هذه معدومة كلية . وسواء كان هذا أو ذاك فهو أمر نادر أيضاً .

فجمعت هذه الحالة شيئين نادرين فى وقت واحد

ثالثاً — أهمية هذه الحالة من وجهة التشخيص المرضى

أن أمثال هذه الحالة كانت سبباً فى خطأ كثيرين من الأطباء . فكم فحصوا حالات التهابات فى الأعور والزائدة الدودية وأجريت لهم العمليات

المستعجلة ثم اتضح بعد ذلك أنها خصية (لا مركزية)

أن الخصيــة ابان سن البلوغ تأخذ عادة فى النمو والتمدد استعداداً لأداء وظيفتها . واذا كان مجلسها بالقرب من فتحة القناة الاربية الداخلية أو أسفل الـكلية . أو فى الحفرة الحرقفية فكثيراً ما يكون هذاالتمدد والتورم مصحوباً بألم شديد فتتوتر عضلات البطن والحفرة الحرقفيــة تشابه فى ذلك تماماً حالات التهابات الأعور . فلا غرابة اذا كانت سبباً فى ارتباك وخطأ كثيرين من فطاحل الأطباء

لذا وجب علينـا فى حالات الزائدة أن نبحث دائماً عن الخصية لنتأكد أنها ليست خصية عالقة آخذة فى النمو

وكذلك كم من مرة أعطت أعراضاً تشبه أعراض الفتق المختنق . كالحالة التى نحن بصددها الآن

رابعاً — تشبه هذه الحالة . عملية استيناخ « Steinach » الصناعية التى تربط فيها القناة الناقلة للمواد المعوية (بل وفى بعض الاحيان يستأصل جزء منها) وذلك اما لمقاومة ضعف فى القوة التناسليــة . واما لمهاجمة أعراض الشيخوخة واطالة العمر

وقد ظهر أن هذه العملية تحدث تغييراً هستولوجيا فى أنسجة الخصية . ولما كنا لم نستأذن المريض قبل العملية فى استئصال هذه الخصية التى ليس لها حبل منوى . أو على الاقل جزء منها . فلا يمكننا الحكم بما فيها من التغييرات مخالفاً للطبيعة

وحبذا لو طال بنا الاجل وراقبنا حضرة كامل افندى المريض ورأينا هل حقيقة سيعمر طويلا عن معاصريه أم لا

البحث عن باشلس الدرن

بواسطة الحقن فى الحيوانات

للدكتور زكى خالد

بالمعمل البكتريولوجى

يحدث أحياناً أن الافرازات مثل (البصاق أو السائل البلوراى أو السائل من المفاصل) المأخوذة من أعضاء مشتبه اكلينيكياً فى اصابتها بالتدرن تعطى نتيجة سلبية لباشلس كوخ رغماً عن فحصها عدة مرات بالطرق العادية . وسبب ذلك أن عدد الجراثيم فى الـكمية المرسلة يكون قليلا جداً بدرجة تجعل عدم رؤيتها بفحص اربع أو خمس عينات أمراً محتملا جداً . ولذلك رؤى أخيراً أنه يحسن معالجة الافراز بالانتيفورمين حتى يمكن فحص كل كمية الافراز المرسلة ويقل احتمال حصول خطأ

وقد صادفت فى بضعة الشهور الماضية حالتين أعطى فيهما الفحص العادى والفحص بعد معالجة الافراز بالانتيفورمين نتائج سلبية ولـكن بعد حقن الافراز فى ارانب هندية ظهر أن العدوى درنية وسأذكرهما للفائدة : —

الحالة الاولى : شاب عمره ثلاثون عاماً يشتغل بالتدريس فى احدى مدن الغربية حصل له نزيف صدرى ففحصه أحد الأطباء واشتبه فى أن المرض سل رئوى وارسله للقاهرة لفحص بصاقه زيادة فى التأكد . فحص بصاقه أحد الزملاء البكتريولوجية فلم يجد باشاس كوخ وانما وجد بعض الطفيليات فظن أن الحالة التهاب رئوى طفيلى (Bronehomycosis) وكتب تقريره بذلك . الا أن المريض قبل عودته البلد زار أحد الاخصائيين فأكد له أن المرض سل رئوى ولـكن نظراً للبحث البكتريولوجى المذكور احاله علىّ لفحص بصاقه بعدجمعه بطريقة معقمة. فحصته بالطريقة المباشرة و بطريقة الانتيفورمين

فلم أجد باشلس الدرن ولا وجدت أى طفيليات ونظراً لأهمية الحالة خصوصاً بالنسبة لمهنة المريض حقنت كل الراسب الناتج من عينة بصاق معالجته بالانتيفورمين فى ارنب هندى (داخل التجويف البريتونى) . بعد اربعة اسابيع ونصف عملت الصفة التشريحيـة على الارنب فوجدت أن الطحال مملوء بالدرنيات . وبفحص هذه الدرنيات ظهر باشلس كوخ وأمكن الحصول على مزارع نقية منه

الحالة الثانية : ولد يبلغ من العمر اربعة عشر عاماً أصيب بحمى. وفحص مصله فأظهر وجود مجمعات لباشلس باراتيفويد ب وبعد مضى ثلاثين يوماً ظهر انسكاب بلوراوى فى الجهة اليسرى ففحصته ثلاث مرات بالطريقتين فلم أجد به صديداً بل بعض كريات دموية وكريات لمفاوية ولم يكن به جراثيم قط : وفى يوم ٢٠ سبتمبر حقنت ثلاثة سنتيمتر مكعب من السائل فى التجويف البريتونى لارنب هندى وفى آخر شهر اكتوبر عملت الصفة التشريحية للأرنب فوجدت التجويف البريتونى مغطى فى كثير من جهاته (خصوصـاً حول الامعاء) بدرنيات وكذلك الحـال فى الطحال وأمكن فصل وزرع باشلس الدرن فى كثير من هذه الدرنيات

***

تعليل ذلك هو أن عدد الجراثيم فى كل من الحـالتين المذكورتين ربما كان لا يتجاوز الاربعة أو الخمسة وعدد قليل كهذا يصعب جداً رؤيته بعمل الواح زجاجية عادية الا بطريق المصادفة . اما اذا حقن فى حيوان فالعدد المذكور يتكاثر ويحدث بالتغيرات الباثولوجية المذكورة خصوصاً اذا ابقى الحيوان المحقون داخل قفص وأعطى غذاءاً محدوداً

بحث

فى وجوب الوقاية للمضاعفات فى الامراض الحاده

الدكتور حسن كامل بشبرا

جعلت قوانين الصحة المتبعة فى جميع العالم للوقاية من الامراض حين الصحة وكان الاوجب الحيطة لخطورة المضاعفات حين الامراض والالتهابات الحاده .

على أن هذا البحث ليس جديداً أو غريبا فى بابه اذ هو المتبع فى كثير من الأمراض والالتهابات وانما الغرض من الكتابة فيه هو توجيه النظر لجعله عاما ومتبعا فى جميع الامراض الحادة .

فمثلا فى الحصبة والانفلونزا يبدأ المرض بالتهاب مسالك الهواء العليا وفى نظر كل طبيب أن هذا الالتهاب لا بد أن ينزل الى باقى المسالك اعنى أن التهابات الرئة والشعاب مؤكدة فى غالب الاحوال وعلى ذلك يجب أن يكون علاج الرئة علاج وقاية وحيطة قبل حدوث أى عرض أو علامة للاصابة به : ويجب أن يكون صدر المريض مرتفعا عن المستوى الافقى ويحتم على المريض التقلب فى فراشه وعدم النوم على جهة واحدة منعا لحدوث ارتشاح مصلى وهو ما يسبق الالتهاب الحاد (Hypostatic congestion) كما يجب ايضا عمل كاسات حجامة على الصدر ووضع (محرقات) Counter Irritants وتدفئة الصدر بالوسائط المعلومة وتنبيه القلب لمنع ركود الدم الوريدى وحدوث (Pass ive congestion) والا فمن يكتفى باعطاء مسكنات فقط للسعال البسيط المبدئى أو اعطاء ما يضاد الحرارة كالكنين والاسبرين الخ . ويترك عمل هذه الاحتياطات الرئوية فانه يكون فى نظرى لم يصنع شيئاً جديا حاسما — كذلك فى التيفوس يخشى من مضاعفات عديدة فى يد المعالج الذى عمل للحيطة من

حدوثها . ويمكن الحيطه للألتهاب الرئوى كما ذكرنا فى الحصبة أو الانفلونزا ولهبوط القلب بالتنبيه ولحدوث تجمد وريدى باعطاء سترات الصودا أو البوتاس أو ليمون بكثرة ليمنع امكان أو زيادة قابلية الدم للتجلط . على هـذا القياس يمكن اتخاذ الحيطة لدرء المضاعفات قبل حدوثها . اذا لم يتبع مثل هذا القانون فى الامراض الحادة لرأينا أن لا حاجة لتشخيص الحميات ولاكتفينا فقط باتباع طرق التمريض الاصولية واهملنا اتخاذ الاهبة لمقاومة المضاعفات .

لقد كان بحثى الأول فى وجوب تنبيه القلب فى بدء اى حمى وعده علاجا قانونيا يجب اتباعه وهو البحث الذى شغل اعداد كثيرة من المجلة الطبية المصرية من عام (١٩٢١ — ١٩٢٣) جزءاً من بحث اليوم لوجوب الحيطة للمضاعفات وهو ما كنت دائما اشعر بارجحيته ومطابقته للواقع والمعقول .

وانى أتقدم فى بحثى هذا سائلا ايمكن لمعالج لحالة دفتيريا أن يقنع باعطاء المصل الكافى المقاوم فقط ويعد ذلك كل العـلاج اللازم ؟ لقد شاهد كل ممارس ، كثيرا من حالات الدفتيريا ماتت بعد النقاهة . فالبعض يموت بهبوط القلب لضعفه أو شلله والبعض مات بالتهاب كلوى حاد وكثير من الحالات اصيب بشلل فى الاطراف السفلى — اذن يمكن القول بان وراء اعطاء المصل علاجات اخرى ليست أقل اهميـة من اعطاء المصل نفسه فعدم اعطاء الغذاء جزافا واعطاء مدرات للبول ومطهرات له ايضا هو علاج قانونى للخشية من التهابات الـكلى — وتنبيه القلب خشية هبوطه ولا ارى فيـه بأسا وكذلك اعطاء مقويات عضلية وتنبيه اهل المريض باتباع راحة الطفل وعمل تدليك له حيطة أيضاً لمنع حدوث شلل دفتيرى — اذا ثبت أن فى اتباع قوانين كهذه نفع وحيطة وحذر ودرأ لما قد يخشى حدوثه فلم اذن لا يعد مثل هذا العلاج علاجا متمما يجب عدم اغفاله

هذا العلاج الذى اطلق عليه الآن اسم العلاج المتمم فى الامراض الحادة لم اره مدونا بجلاء وظهور فى كتب الطب ولم نشاهد اتباعه فى مستشفيات

الحميات بل كل ما نراه متبعا ومؤيداً هو العناية بالتمريض فحسب وصرف بعض حقن جلدية من الكافور أوالاستراكنين أو الادرنالين هذا مع العلم أن جميع الامراض المزمنه هى آثار للامراض الحادة التى اقول انه لم يتمم فيها العلاج وان المستشفيات العديدة ما هى الامستشفيات ثانية لمستشفيات الحميات الأولى وما الحالات التى نراها بها الا حالات خرجت قريبا من مستشفيات الحميات المبدئية فنرى فيها امراض برايت وامراض الكبد والطحال بل وحالات جراحية عديدة خذ مثلا (جانجرين) الاطراف السفلى التى تحدث بعد التيفوس — وانى ارى هذه الامراض معطلة لتتميم علاج الحميات والامراض الحادة الاولى

واذا ثبت كل ما تقرر فى هذا البحث كان الواجب اذن تتميم العلاج فى الحميات فيجب اتقاء كل المضاعفات وليس ذلك فقط بل الحذر منها بعد النقاهة — هذا فى الحالات الانفرادية اما بخصوص مستشفيات الحميات فيجب ان تلحق بها مستشفيات اخرى تطلق عليها مستشفيات النقاهة أو مستشفيات التتمه لوجوب ملاحظة الناقهين ليس فقط من حيث الغذاء بل ايضاً لامكان درء المضاعفات المتأخرة هذا هو الموضوع الذى الفت اليه نظر حضرات الزملاء وبوجه التخصيص نظر سعادة رئيس مصلحة الصحة الدكتور محمد جاهين باشا

مقتطفات طبية

نقلا عن مجلات متنوعة

مترجمة بقلم دكتور حسن كامل بشبرا

(حشو الرحم لمنع النزيف بعد الولادة)

بقلم ا . بوجى (O. A. Boije) نقلا عن عدد يوليو واغسطس سنة ١٩٢٣ لمجلة (Tins ka la Kares- als Kapes Handlingar)

ان حشو الرحم بالشاش المعقم طريقة علاجيـة ناجحة لمنع النزيف الذى يحدث عقب الولادة وهى أفضل من طريقة تهييج الرحم بالماء الساخن . ويأتى الدكتور بوجى لتأييد تلك بهذه الطريقة الاحصائية بين ١١,٤٤٢ حالة ولادة أجريت ل — ١١٤ حالة طريقة حشو الرحم . لسبب منع النزيف بعد الولادة . ففى ٣١ حالة منها استعمل الجفت وفى ١١ أخرجت المشيمة باليد وفى ٤ أجريت عملية تقطيع الجنين وحدث فى حالتين حمى وتعفن فى السائل الامنيونى (Liquor Amonu) قبل الوضع ومع ذلك ففى الـ ١١٤ حالة التى عمل لها حشو للرحم لم تنته واحدة منهـا نهاية خطرة وحدث فقط فى ١٣,١ ٪ منها أمراض رحميـة أعنى فى ١٥ حالة فقط . وفى نسبة كبيرة من الحالات الاخرى كانت الحمى بسيطة وهادئة ويعزى السبب فيهـا لأسباب غير وجود الشاش داخل الرحم ويقول صاحب هذه الفكرة بامكان ترك الحشو داخل الرحم من ٥ الى ١٠ ساعات وهو يمتدح كثيراً طريقة استيل (Stills method) التى بها يحشى الرحم من شاش ملفوف يمكن ادخاله لداخل تجويف الآلة بدون أن يمس حافة الفرج أو يلامس أى شىء يكون سبباً فى تلويثه

التهاب حوض الكلية أثناء الحمل

ف . كانتونى (Vantoni Rivista d' ostericia e Cinecologia Pratica may. 1923 p 141) فى عدد شهر مايو سنة ١٩٢٣ ص ٢٤١٠ من مجلة الولادة وأمراض النساء العملية الطليانية نشر الدكتور ف كانتونى تقريراً عن ٢٥ حالة التهاب لحوض الكلية أثناء الحمل وست حالات أثناء النفاس — وذكر أيضاً نتيجة بحث مثانى (Cysto Sato pie) وقثطرى Urethral Catheterization وقد وجد أن الغشاء المخاطى للجزء المثلث المثانى (Tirgona Region) مشترك أيضاً فى الالتهاب للحوض الكلوى الذى كان أهم مسببات ميكروب باسيل الامعاء (B. cali) . وفى الجهة المصابة (غالباً الجهة اليمنى) شوهد أن فتحة الحالب بالمثان متسعة ومحاطة بهالة سميكة ويشاهد أن دخول البول فى المثانة بقوة قليلة جداً . وفى حالات كثيرة يمكن اختبار الاحتباس البولى بواسطة قثطرة الحالب Ureteral catheterism ويقدر ب ١٠ الى ٧٠ س . م

ويمكن مشاهدة حركة رجوع أو امتصاص (Reflux) بالحالب فى جميع الحالات — وعلى ذلك نقول أن تقدير صعود العدوى من مجرى البول ممكن وفى حالات صاحب المقال كانت جميع الاعراض اعتيادية فالالم والتدمل دائماً فى جهة واحدة (المصابة) وغالباً يمتد الالم لجهة الحالب — والحرارة تعقب الالم ويصير البول عكراً اما ارتباكات المثانة فتختلف درجتها حسب الحالة . والعلاج الذى كان له اكبر فائدة فى يد صاحب هذا المقال هو حقن بروتروبين ٢٠،٢ الى ٤٠،٢ فى الوريد كل ثالث او رابع يوم — وفى الحالات التى كان الالتهاب فيها حاصلا بالحوض والحالب فقط يمكن عمل غسول Lavage للحوض بمحلول نتيرات الفضة (واحد فى الفين) او ٣ ٪

محلول بوريك — واعطاء قلويات ايضاً مفيد فى هذه الحالات

زيادة الطمث فى البنات الصغيرات

أ. دوى Gyn, et Obestét, tome vii, No 6 p 591 (E. Douay) يقسم زيادة نزول دم الطمث فى البنات الصغيرات الى ثلاثة اقسام

(١) الحالات الموجود فيها اسباب مرضية Pathological ظاهرة . مثال ذلك البوليبوس (Polypi) أو الساركوم Sarcoma الاورام الحديثة وخصوصا درن الرحم الذى يقول عنه الكاتب انه اكثر مما كان مزعوما

(٢) الحالات التى يكون فيها سبب النزيف ناتجا عن امراض الكبد او الكلى أو القلب الخ .

(٣) الحالات التى لا يوجد لها اسباب مرضية ظاهرة Pathological بل الاسباب غير عدم انتظام الافرازات الداخلية للغدد Internal Secretions خصوصا افرازات المبيض Ovarian Secretions فى جميع هذه الحالات يشاهد اختلافات كثيرة فى انسجة الرحم والمبيضين ويسمى النزيف فى مثل هذه الحالات نزيفا جوهريا Essential Menorrhagia

اما بخصوص العلاج فالكاتب يقول بوجوب الراحة بالفراش وعمل غسول بالدوش الساخن المهبلى وحقن ارجوتين بالعضل واستعمال حقن شرجية من مصل الحصان . الخ . . من الطرق المبدئية فى العلاج

واذا لم تفلح هذه الطرق يجب امتحان اعضاء التناسل عن طريق الشرج المهبلى بواسطة التخدير العمومى اذا لم توجد اى علامات لامراض يمكن الالتجاء اليها لتجربة خلاصات الغدد العديمة الميازيب (Ductless glands)

وللعلاج بخلاصات الغدد يجب ملاحظة زيادة او نقص الافراز ففى حالة افراز المبيض نرى تأخر زمن البلوغ — وزيادة فى السمن وضعف الذاكره وحب النوم والشعور بتعب عند اقل مجهود جسمانى او عقلى — اما زيادة

افراز المبيضين فنشاهد أن البنت صغيرة الجسم نشطة نامية (Well devéls ped) نشيطة و نبيهة — وفى ضعف افراز الغدة الدرقية (Hypo thyroidism) نلاحظ تورم الوجه وجفاف الجلد . الخ . وفى قلة افراز الغدة النخاعية (Pitutary) الغدة الفوق كلوية يلاحظ ضعف قوة الضغط الشريانى (Arteual hypo ten sion) وضعف عام — فى هذه الحالات تستعمل الخلاصة المبيضية لمقدار ١٠ الى ٢٠ سنتيجرام وتعطي اما مع الثيرويد أو الادرنالين لمدة عشرة أو اثنى عشر يوما . . . ولا يعطى الثيرويد (خلاصة الغدة الدرقية) فى حالات الروماتزم فانه كما قال الـكاتب يزيد هذه الاعراض —

وفى حين عدم نجاح هذه الوسائط يجب توسيع العنق وعمل كحت للرحم وكثيرا ما لوحظ بامتحان المادة الرحمية المتحصل عليها بالـكحت انها درنية (Tuberculons enetometritis) فاذا رجع الدم بعد شهرين أو ثلاثة فيجب اذن الالتجاء الى الراديوم ويمكن قبل ذلك استعمال حقن رحمية من كلورور الزنك بنسبة ١٠٪ كما نصح بذلك دلبت (Delbet) بحصول الراديوم فان مفعوله اقل على المبيضين — اما اشعة X فيحصل عند استعمالها دائما احتقان وقتى ويزيد نزول الدم ولذلك يحسن استعماله بعد مدة حيض وليس فى وقت الطمث على أنه باق لنا لنبرهن أن الراديوم لا يسبب عقما وعليه فيجب أن يكون استعماله كآخر علاج قبل الشروع فى بتر الرحم .

مقتطفات طبية

نقلا عن مجلات طبية عديدة

مترجمة بقلم

دكتور حسن كامل بشبرا

علاج (الديابيت) البول السكرى

« بقلم ه شابابنى H.chabanier وس لوبواونيل C. Lobo-Onell وم. ليبير M. Lebert وأ جروف E. Grove عن (مجلة بول الطبية) (Bull. Med) يوليه ٤ و ٧ سنة ١٩٢٣ ص ٧٩٩ ويوليه ١١ و ١٤ سنة ١٩٢٣ ص ٧٣٤ ويوليه ١٨ و ٢١ سنة ١٩٢٣ ص ٨٦٢ وتبين هذه المقالة نتيجة اختبار مفعول الخلاصة الكؤولية للبانكرياس فى علاج البول السكرى — والطريقة التى استعملها شابابنى لتحضير خلاصة البانكرياس تختلف عن طريقة تحضير الانسولين ولكن ظهر منها نتائج مرضيــة حسنة فى علاج البول السكرى — وقد ذكر طريقة شابابنى هذه موررياك وبيشود وسرفانتى وابرتين فى جريدة نوردو الطبية عدد ٢٥ اغسطس ١٩٢٣ ص ٥٩٣ . (Journal de Médecine de Bordeaux) والطريقة تلخص فيما يلى »

يفرم البانكرياس جيداً ويوضع فى كؤول ويحمض — يضاف اليه حمض — ويوضع لمدة ساعة فى حمام على درجة حرارة ٦٠ سنتيجراد وذلك لاجل ان يفقد مفعول العصير الخارجى (External Secretion) ثم تصفى الخلاصة المذكورة وتبخر فى فراغ (in vacus) ولقد جربت هذه الطريقة فى ٢٥ حالة تختلف فى الشدة وفى ٦ حالات اطفال مضاعفاتها الحموضة البولية Acetonuria وعشرين حالة فى بالغين وظهرت فى الجميع نتائج حسنة . اه

يذكر قراء هذه المجلة انى كتبت فى طريقة تحضير الانسولين فكانت الكتابة صعبة وعويصة أما هذه الطريقة فلو نجحت لكانت فائدتها عظيمة من حيث السهولة واعطاؤها سهل وبالطبع أقل ثمنا من ثمن أمبول الانسولين المحتوى على الوحدات المعلومة

وجود الانسولين فى انسجة أخرى غير البانكرياس

س ه بست C. H. Best و د . ا سكوت D. A. Scott جريدة الجامعة الطبية الامريكية عدد ٤ اغسطس ١٩٢٣ ص . ٣٩٢ (Journ. Amer. Med Assoc) امكنهما ان يحضرا خلاصات فعالة من غدد اللعاب الفكية (Sub-maxillary والثيماس Thymus والغدة الدرنية Thyriod والكبد والطحال والانسجة العضلية

وقد جربت هذه الخلاصات على الارانب الاصحاء فحدث ان نسبة كمية سكر الدم نزلت عن الطبيعى واذا اعطى منها مقدارا كبيرا يشاهد حدوث تشنجات هى نفس تشنجات الانسولين وتقل هذه التشنجات كالمعتاد فى الانسولين باعطاء دكستروز Dextrose ووجد ان الوحدات الممكن أن يتحصل عليها من التيماس وغدد اللعاب أكثر مما يتحصل عليه من البانكرياس وقالا أخيراً انهما قد امكنهما ان يتحصلا على انسولين من كل نسيج استعملوه اه « ولعل سبب رخص ثمن الانسولين الحالى هو تحضيره من انسجة أخرى غير البانكرياس » (المترجم)

علاج الاكنة العادية

Treatment of acne Valgaûs

ترجمها الدكتور محمد مبارك عن B.M. J

لا تزال الأكنة العـادية لسوء الحظ تعتبر عند كثير من الاطباء كمرض لا يتأثر جداً بالعلاج ويلزم أن تطول مدته : وهذا مما يؤسف له كثيراً لأن الحالات يجب أن تعالج فى ابتدائها حتى تتجنب الندبات الظاهرة . وحتى فى الحالات المزمنة يمكن ازالة أغلب علامات المرض فى مدة شهر بطريقة علاج لا تتغير الا قليلا فى الحالات المختلفة .

وحالات الاكنة العادية النقية لا تكاد توجد عمليا ودائماً توجد مختلطة بالافرازات الدهنية المتحجرة والحويصلات القيحية (Come danes &Pustules) ففى بعض الحالات يكثر باسيل الاكنة وفى أخرى تزيد الافرازات الدهنية وفى ثالثة تكثر الحويصلات المتقيحة مع الكوك العنقودى الجلدى الابيض

وقد وجدت أن الغذاء لا يؤثر كثيراً على سير المرض الا فى حالة البنات الصغـار اللاتى يستعضن عن غذائهن كله بالحلويات والشكولاته [١] ولكن يمكن أن يقال أن زيادة النشويات على العموم مضرة وزيادة الخضر والفاكهة مفيدة

ويجب أن يعطى المرضى مقداراً كافياً من المسحوق الآتى اما أثناء النهار واما قبل النوم ليتبرز المريض مرتين كبيرتين فى اليوم : [٢]

---

(١) يستبدل بعض المرضى عندنا الحلويات والشكولاته بالموالح الشديدة والمخللات

(٢) المقادير مذكورة فى الاصل بالقمحة وقد حولتها الى الاوزان المترية

مسحوق الرواند من ١٥ و٠ — ٣٠و٠	يضاف الى هذا المسحوق بى كربونات الصودا وكربونات البزموت أو الفحم عند اللزوم
مسحوق الكبريت المرسب ١و٨	

ويظهر الرواند كأن له تأثيراً خاصا على حالات الاكنة كما بين سبورود « Sabouraud » وتنظف الاجزاء المصابة بالاكنة جيداً من المواد الدهنية بالأتير الكؤول — مقادير متساوية — وبعد ذلك تبخر تلك الاجزاء وكل المواد الدهنية المتجمدة تعصر وتستخرج بالجفت الخاص وتفتح كذلك كل الحويصلات القيحية الظاهرة بقاطع أوتار Tenotome ويعصر القيح

ويوصف للمريض ٣ حمامات ساخنة كل أسبوع يستغرق كل واحد عشرين دقيقة ويذاب فى كل حمام من جرام الى جرامين كبريتات الزنك حسب تحمل المريض ويجب عليه أن يبلل وجهه من هذا الماء أثناء الحمام وزيادة على ذلك يجب عليه أن يستعمل الغسول الآتى صباحاً ومساء للاجزاء المصابة

كبريت مرسب	من ٠و٨ — ٠و١٠	جرامات	ويجب أن يزاد مقدار الكبريت
اوكسيد الزنك	٠و٨	« «	على حسب تحمل جلد المريض
مسحوق الكافور	٢و١	« «	ويصح أن يهمل أحياناً ويصح
مسحوق صمغ الكاتيرا	٠و٢	« «	أن يستعمل المريض صابون
ماء الجير لغاية	٠و٢٥٠	« «	الكبريت لغسيله

وطريقة العلاج هذه على ما بها من بساطة تغير شكل أضعف حالات الاكنة العادية واذا اعتنى الطبيب المباشر للحالة باستخراج الافرازات الدهنية الظاهرة وفتح بعض الحويصلات القيحية كلما رأى مريضه فانه يرى أن أزيد من ٩٥ ٪ من ظواهر المرض ذهبت فى أقل من شهر وأنه لا يظهر غيرها من جديد وزيادة على ذلك كل مايبقى بعد من المرض يمكن علاجه بالكى بالكهرباء أو بالزر الكهربائى أو باشعة X ولكن المريض العادى لا يهتم باستشارة

اخصائى فى هذا الشأن وهو مغتبط بالنتيجة التى حصل عليها

وحتى فى الحالات السيئة جداً . الحالات ذات الخمس سنين فاكثر من المحالين على المعاش من الجيش قد أمكننى أن أحصل على نتيجة سارة وسريعة والطريقة هى مزيج من الطرق التى اتبعها اثنان من اساتذتى هما الدكتور سبورود فى باريس والدكتوردجلس هيث فى برنجهام(Dr. Douglas Heath) مع بعض زيادات بسيطة .

ويجب أن نلاحظ حالة فروة الرأس فى المرض بالاكنة فيما اذا كانت دهنية أو ذات قشرة أو كليهما ففى حالة الرجال تشفى الحالة بالغسل ثلاث مرات بصابون الكبريت أو فى حالة السيدات بالغسل مرة كل أسبوع بصابون الكبريت. واستعمال غسول يحتوى على السليمانى وحمض السلسليك ينفع غالباً ويجب العناية فى كل هذه الحالات بحالة فروة الرأس لأن حالات السبوريا تؤدى مع أشياء أخرى الى حالة صلع منتشر والى جملة دمامل بظاهر الرقبة .

وكتحذير أريد أن أقول أن ١ ٪ من المرضى بالجلد عموماً لا يتحملون استعمال الكبريت الظاهرى ولكنى لم الاحظ ذلك مطلقاً فى حالات الاكنة العادية

جيمس أفت اسكوت

Iames Avit scott M. B B'ham
M. R. C. S Eny

حكيم الجلد الاستشارى لوزارة المعاشات
لمقاطعة وست مدلاند

علاج حب الشباب

أكن فلجارس (١)

للدكتور سكوت

قلم التحرير

مما يؤسف له أن الدوائر الطبية لم تزل تعتبرحب الشباب من الامراض التى يحتاج علاجها لمدة طويلة ولـكن هذه فكرة يجب محوها لان الحالات يجب أن تعالج مبكرة حتى تمنع الندب. والاحوال المزمنة يمكن ازالة جميع الاعراض فى مدة شهر بعلاج يحتاج لتنوع طفيف بحسب الظروف

لا وجود لحالات أكنة (حب الشباب) بحتة وانما هى مزيج من الـكوميدونات (Comodones) والبثرات وفى بعضها تغلب الاولى وفى الاخرى يغلب الميكروب العنقودى الابيض فتكثر الثانية . ولم أر أى تأثير من الاغذية فى هذا المرض اللهم الا فى البنات الصغيرات اللاتى يكثرن من الحلوى والشكولاته ولـكن على العموم تعاطى المواد النشوية مضر أما تعاطى الخضروات والفواكه فمفيد .

يجب اعطاء المريض مقداراً كافياً من المسحوق الآتى عند النوم أو فى النهار كى يتبرز مرتين

مسحوق راوند ٢ — ٥ قمحة

مسحوق زهر كبريت ٣٠ قمحة

ويمكن اضافة كربونات الصودا ليه — كربونات بزموت — فحم بناتى

---

(١) معربة عن B. H. J عدد ٢٦ / ١ / ٢٤

لو احتاج الامر ويظهر أن للكبريت (كما بين سبرو) تأثيراً خاصا على (الاكنة)

حب الشباب

يجب ازالة المواد الدهنية من على الاجزاء المتأثرة بغسلها بمحلول مكون من الاثير والكؤل (اجزاء متساوية) والكوميدونات تزال بالآلة المستعملة لها (Comedo) والبثرات تفتح وتنظف مما بها من المواد الصديدية.

يجب أن يغتسل المريض ثلاثة مرات فى الاسبوع (مدة عشرين دقيقة فى لمرة) بماء ساخن مضاف اليه من ١٥ — ٣٠ قمحة من سلفات الزنك بحسب قوة تحمل الجلد كذلك يغمر الوجه مراراً عند ما يكون المريض بالحمام وعلاوة على ذلك يغسل صباحاً ومساء الاجزاء المتأثرة بالمحلول الآتى

زهر كبريت ٢ — ٥ درهم

اوكسيد زنك ٢ درهم

ماء جيرى لغاية ٨ أوقيات

ويزال الكبريت بحسب تحمل الجسم ويجوز أن يوقف العلاج لو احتاج الامر. كذلك يمكن ان يستعمل صابون الكبريت فى غسيل الوجه وعمل التواليت

هذا العلاج السهل البسيط يغير منظر اسوأ نوع من الاكنة فى مدة شهر ولو اهتم الطبيب قليلا برفع الكوميدونات وفتح البثرات كلما رأى مرضاة لشاهد فى مدة شهر زوال ٩٥ ٪ منها وعدم ظهور غيرها . و ٥ ٪ الباقية يمكن ازالته بالكى الكهربائى أو الاشعة غير ان معظم المرضى لا يذهبون للاختصاصيين ويكتفون بالحالة التى وصلوا اليها

وقد شاهدت نتائج حسنة فى الاحوال المزمنة التى مضى عليها خمس سنوات أو أكثر وهذه الطريقة هى مزيج من طريقة سبرو (باريس) وهيث (برمنجهام) باضافة نقط قليلة عليها

يجب الالتفات الى حالة الرأس فيما لو كانت مدهنة أو بها قشور ففى الرجال

يكفى الغسيل بصابون كبريت ثلاث مرات فى الاسبوع أما عند النســاء فمرة واحدة واستعمال غسيل من بركلورور الزئبق وحمض السالسليك مفيد أيضا . والاهتمام بحالة الرأس واجب لان الهبرية Mcbouboea تنتج الصلع وكثيرا ما تحدث خراجات فى العنق

ومن قبيل التذكير يجب ان الفت النظر الى ان كثيرا من المرضى لا يتحمل جلدهم استعمال الـكبريت ولـكنى شخصيا لم أر ذلك فى حالة الاكنة

مصلحة الصحة العمومية

نشرات ادارية لسنة ١٩٢٤

نمرة ١٧

عين كل من الدكتور توفيق افندى محمد الزرقا والدكتور عبد الرؤوف افندى حسن والدكتور محمد افندى كامل حسين بوظيفة طبيب امتياز بعقد لمدة سنة اعتبارا من أول أكتوبر سنة ١٩٣٢ براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة لـكل منهم وألحقوا بمستشفى قصر العينى

وعين الدكتور جورج افندى حنا دميان تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من ١٩ يناير سنة ١٩٢٤ وألحق بمستشفى الرمد بدمنهور

نمرة ٢٣

عين كل من المذكورين بعد بوظيفة طبيب بعقد لمدة ٦ شهور براتب قدرة ١٨ جنيها فى الشهر لـكل منهم وألحقوا بقسم الاوبئة اعتبارا من التواريخ الآتية :

الدكتور أحمد افندى مصطفى على العروسى اعتبارا من ١٥ ديسمبر سنة

١٩٢٣ والدكتور عطيه افندى أحمد سالم والدكتور أحمد افندى حسن خضر اعتبارا من ١٦ ديسمبر ١٩٢٣

بناء على ما قرره القومسيون الطبى العام من عدم لياقة حضرة الدكتور نجيب بك القيم طبيب أول مستشفى بنى سويف للخدمة طبياً فى ٥ يناير ١٩٢٤ تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتبارا من ٦ يناير ١٩٢٤

نمرة ٢٦

عين الدكتور عباس افندى حلمى بوظيفة طبيب امتياز بعقد لمدة سنة اعتبارا من أول يناير ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة وألحق بمستشفى قصر العينى

نمرة ٢٧

تقرر نقل الطبيبين المذكورين بعد اعتبارا من أول مارس سنة ١٩٢٤

الدكتور محمود افندى عبد القادر مفرج العضو الرمدى بالقومسيون الطبى العام الى مستشفى الرمد المتنقل نمرة ١

والدكتور أحمد افندى فهمى عباسى من مستشفى الرمد المتنقل نمرة ١ الى القومسيون الطبى العام بوظيفة عضو رمدى

ونقل الدكتور جورج افندى نجيب قصيرى البكتريولوجى بمعامل الصحة العمومية بالقاهرة الى معمل بورسعيد اعتبارا من ١٢ يناير ١٩٢٤

بناء على انتهاء مدة عقد الدكتور آرام افندى دميرجيان طبيب صحة القنطرة فى ٢٤ فبراير ١٩٢٤ تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ٢٥ فبراير ١٩٢٤

قرار من مجلس الادارة

حضرة الزميل المحترم رئيس التحرير

تحية وسلاما وبعد الرجا التنبيه بدرج القرار الآتى بالمجلة بعدد ابريل مع الشكر الكثير

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

السكرتير

ابراهيم محمد المنياوى

قرر مجلس ادارة الجمعية تعيين الدكتور ابراهيم فهمى المنياوى سكرتيراً عاما للجمعية والدكتور محمد صبحى بك امينا للصندوق

فالرجا من حضرات الاعضاء ملاحظة مخابرة حضرتيهما فى شؤون الجمعية الادارية والمالية

بالعنوان الآتى : —

الدكتور ابراهيم المنياوى بالفجالة بمصر

الدكتور محمد صبحى بك بميدان الاسماعيلية بمصر

تقرير

مجلس ادارة الجمعية الطبية المصرية باسكندرية

المقدم لجمعيتها العمومية يوم ١١ فبراير ١٩٢٤ عن اعمال الجمعية فى ١٩٢٣

حضرات الزملاء الافاضل

يتقدم بين يديكم مجلس ادارة الجمعيـة مهنئا بمضى عامين كاملين على حياة هذه الجمعية المباركة مرتاحا الى ما نالته على حداثة عهدها من التقدم والفلاح فى الوصول الى اغراضها السامية النبيلة وهى الترقى باللغة العربية الـكريمة فى فن الطب واصطلاحاته وتضافر أبناء هـذه المهنة الشريفة وتكاتفهم فيما فيه ازدياد مداركهم ورفعة شأنهم

وجه مجلس الادارة همه فى السنة المـاضية الى اتباع الخطة التى اختطها فى السنة الاولى لحياة الجمعية والتى وافقته عليها جمعيتها العموميـة الثانية . وهى الاحتفاظ بالصلة المتينة مع جمعية مصر والسعى لضم الهيئات الطبية جميعها تحت لواء واحد هو اللواء الرسمي الواجب وجوده معترفا به من الحـكومة وهو

(نقابة الاطباء) ومداومة عقد الجلسات العلمية التى أصبح من الفخر ان تشاهد فيها سهولة التعبير وحسن الالقاء بلغتنا الفصحى فى كل الدقائق الفنية والحرص على المدافعة عن كيان الاطباء ضد كل ما يهدده من هضم حقوق أو غير ذلك اما فى الوظائف الحكومية أو المراكز النيابية أو الامور العامة الاخرى

فكان أول ما سعى المجلس اليه هو تنفيذ قرار الجمعية العمومية المشار اليها من العمل على ضم الهيئات الطبية فدارت عدة مخابرات بينه وبين اللجنات الادارية للجمعية الطبية المصرية بمصر والجمعية الطبية الملكية وكانت نتيجة هذه المخابرات ان جمعية مصر ابلغتنا انها تنظر فى ذلك الموضوع الهام نظرة جدية وان مفاوضاتها و نتائجها ستبلغ الينا عند الوصول الى نهايتها ولذلك قرر المجلس ترك الامر اليها وانتظار ما تنتجه الايام فى هذا الموضوع الذى تعترضه بعض الصعاب حقيقة ولكن ليس من العسير تذليلها

وارسل المجلس الى صاحب السعادة الدكتور الاستاذ الجليل عيسى حمدى باشا مهنئا بلقب (رئيس شرف) الذى وجهته اليه جمعيتنا العمومية الثانية فتكرم سعادته بالاجابة بخطاب أبوى رقيق اللفظ والمعنى

وقد حدث فى أوائل السنة الماضية ان مريضة توفيت فجأة فى عيادة أحد الاطباء الرمديين المصريين أثر حقنة كوكايين عادية ولهجت الصحف و بعض الافواه ظلما فى ذلك بشكل يمس بكرامة وعلم الاطباء المصريين فتداخل المجلس فى هذا الموضوع واجرى تحقيقاً فنيا دقيقاً ظهرت منه براءة ذلك الزميل من أى اهمال أو خطأ طبى فاصدر المجلس قراراً فى ذلك نشر على صفحات الجرائد

وارسل المجلس خطابا لدولة وزير الداخلية طلب فيه تعيين أحد الاطباء الوطنيين فى المركز الذى خلا فى قومسيين بلدية اسكندرية باستقالة صاحب السعادة الدكتور ظيفل باشا حسن لاسباب صحية . لما فى وجود طبيب وطنى

فى ذلك المجلس الهام من الفائدة القصوى للمدينة وسكانها . ويذكر المجلس للاسف ان ذلك الطلب لم يجب

كما أرسل المجلس خطابين أحدهما لصاحب السعادة مدير البلدية العام والآخر لصاحب العزة مدير الصحة البلدية طالباً الاعتناء بالاحياء الوطنية من حيث نظافتها وتنويرها مشيراً الى كونها أول الجهات اصابة بالاوبئة لازدحام سكانها وفقرهم ووصل للمجلس رد من الصحة البلدية بسعيها فى أداء ذلك الواجب الخطير

وتذاكر المجلس فى الوثوب بالجمعية خطوة الى الأمام من حيث الشروع فى عمل تحقيقات علمية وتجارب طبية وما الى ذلك . ورأى أن ليس هذا فى طاقة الجمعية مع ضآلة موردها المالى ونظراً لأن فى تنفيذ تلك المشاريع فائدة للعلم وللمدينة أيضاً فقد قرر المجلس أن يطلب الى البلدية اعطاء الجمعية قسطاً من الاعانات التى تصرفها للجمعيات الخيرية وغيرها . ولا يزال المجلس الى اليوم منتظراً قرار أعضاء القومسيون البلدى المحترمين فى ذلك الأمر وكله أمل فى حسن اجابتهم لملتمسه العادل

وقد حدث فى السنة الماضية أن الاستاذ العالم الشهير الدكتور فوكس رئيس عيادة الرمد فى فينا زار القطر المصرى فلم يترك المجلس فرصة مروره بالثغر مع ضيق الوقت بدون أن يدعوه لحفلة شاى تكريمية بنزل سافواى حضرها عدد كبير من الاعضاء ورحب به فيها وكيل الجمعية وأجاب جنابه بكلمة شيقة شاكرة معجباً برقى الاطباء المصريين

وقد طلبت (جمعية منع المسكرات) المحترمة الى مجلس جميعتنا الطبية أن يصدر قرارا يعتمد — عليه فى محاربة تفشى المسكرات فى هذا القطر فكتب ذلك القرار بعبارة علمية يسهل فهمها على الجمهور وقد حاز قبول تلك الجمعية وشكرها وقررت طبعه وتوزيعه . ولا يسع الجمعية الطبية الا تشجيعها فى مهمتها الشريفة لتخفيف آلام الانسانية وأوجاعها من الخمر وان تتمنى لها كل نجاح

وفلاح وقد عرضت تلك الجمعية أيضا رئاسة شرفها على رئيس جمعيتنا فقرر المجلس بعد قبوله الشخصى تلبية ذلك العرض مع جزيل الشكر وكثير الثناء

وقد شاركت جمعيتنا الهيئات الطبية الاخرى فى عدة أمور تمس الاطباء عامة . فأرسلت فى الوقت المناسب الى المراجع العليا طالبة سرعة تعيين طبيب وطنى فى وكالة وزارة الداخلية لمصلحة الصحة مكان المرحوم الاستاذ الدكتور طلعت باشا كما شاركت الجمعية الطبية المصرية بمصر والنقابة فى حفلة تأبينه بارسال برقية اليها . وكذلك أرسلت الى المراجع العليا طالبة تعيين طبيب وطنى فى مركز رئيس مصلحة المحاجر والصحة البحرية الذى خلا باستقالة الدكتور جرانقل باشا وكلنا أمل فى اجابة ذلك الطلب

وقد قام المجلس بايفاد وفد الى صاحب السعادة الاستاذ الدكتور شاهين باشا مهنئا بتعيينه فى مركز وكيل وزارة الداخليـة للصحة متمنيا بكل ثقة ان يتم على يديه كل رقى وتقدم فى تلك المصلحة العميمة النفع للوطن وابنائه . وقد تكرم سعادته فأجاب شاكرا بخطاب كريم

يذكر المجلس مع السرور وصول أربعة كتب قيمة مطبوعة طبعا متقنا مترجمة عن الفرنسية والتركية ترجمة دقيقة من صاحب السمو الامير الخطير يوسف كمال بصفة هدية للجمعية وهذه الكتب تبحث فى تاريخ مصر القريب تحت حكم محمد على وابراهيم العظيمين مما لا غنية عنه لكل مطلع — وفى احداها بحث تاريخى شيق لكلوت بك الشهير عن الطب والمصالح الطبية والامراض فى مصر فى ذلك العهد . وقد قام المجلس باداء واجب الشكر لسمو الامير على هديته الثمينة

الجلسات العلمية والمراسلات : —

عقدت الجمعية سبع جلسات علمية قيمة القيت فيها محاضرات علمية فى

مختلف المواضيع وحضرها عدد لا بأس به من الاعضاء وحضر كثيراً منها الاطباء أو الصيادلة الذين جاءوا ضيوفامن الخارج

وعقد مجلس الادارة ثانية جلسات فى احوال الجمعية

وقد عقدت الجمعيه العموميـة ومجلس الادارة جلسات أخرى لاسباب خاصه فى اثناء السنة الماضية وكان عدد المراسلات فى السنه الماضيه ٣١ صادرا و ٣٥ وارداً وقد نشرت جميع محاضر الجلسات الطبية فى المجلة الطبية المصرية حسب الاتفاق القديم بين الجمعيتين

ولا يسع المجلس الا الثناء على حضرات زملائه اعضاء مجلس ادارة جمعية مصر واعضاء لجنة تحرير المجلة على اجابة طلباتنا وتكاتفهم معنا فى هذه الخدمة العامة

كما ينتهز هذه الفرصة لحض اخوانه اعضاء جمعية الاسكندرية على مواصلة الاهتمام بحضور الجلسات العلمية والقاء المحاضرات

أموال الجمعية وحساباتها

كان الرصيد فى خزانة الجمعية الباقى من السنة الماضية يبلغ ٣٠ جنيه و ٨٣٧ مليم وقد حصل هذا العام مبلغ ٦٤ جنيها مصريا عن ٣٣ عضواً دفع اثنان منهم نصف الاشتراك فقط فيكون مجموع الدخل ٩٤ جنيه و ٨٣٧ مليما

صرف مجلس الادارة منها ٤٦ جنيه و ٣٥٠ مليما منها ٣٥ جنيه أرسلت الى جمعية مصر قيمة اشتراك الاعضاء فيها حسب الاتفاق السابق بين الجمعيتين والباقى مصاريف المراسلات والدعوات والنشر وأجرة خدم الجلسات العلمية وغيرها

فيكون الباقى فى صندوق الجمعية مايأتى

مليم	جنيه	
٨٣٧	٤٦	مودعة فى بنك مصر فرع اسكندرية
٦٥٠	١	تحت يد أمين الصندوق
٤٨٧	٤٨	الجملة

وقد صادف المجلس صعوبة فى جمع الاشتراكات ولكنه يأمل أن حضرات الزملاء يساعدونه فى ذلك الامر فى المستقبل

محضر

جلستى الجمعية الاعتيادية العمومية السنوية

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة الأولى يوم ١١ فبراير سنة ١٩٢٤ الساعة السابعة مساء بمستشفى محفوظ تحت رئاسة حضرة الدكتور محمد محفوظ وكيل الجمعية وبحضور أكثر من ثلث الأعضاء .

ونظرت فى الأمور الآتية :

(١) تلى محضر الجمعية العمومية الاعتيادية للسنة السابعة وصودق عليه

(٢) تلى تقرير مجلس الادارة عن أعمال المجلس والجلسات العلمية وأموال الجمعية وحساباتها وهو المذكور فى غير هذا المكان

(٣) تلى تقرير من حضرة مراقب حسابات الجمعية الدكتور جورج افندى مصور بالموافقة على الأبواب التى صرفت فيها .

ثم تناقش المجتمعون فى حالة الجمعية بسبب تأخر الكثيرين عن حضور الجلسة . فتقرر عدم الشروع فى عمل الانتخابات الجديدة وارجاء ذلك الى جلسة أخرى . تعقد فى يوم ١٠ مارس سنة ١٩٢٤ .

وقد عقدت الجلسة الثانية المذكورة فى هذا التاريخ نفس المكان وتحت رئاسة حضرة الدكتور لويس الحاج وبحضور أكثر من ثلث المشتركين وشرع فى اجراء الانتخابات الجديدة بدل من انتهت مدتهم أو استقالوا فكانت النتيجة كما يأتى

(١) أعيد انتخاب صاحب العزة الدكتور ظريف بك عبد الله (رئيساً) للجمعية لمدة سنتين

(٢) انتخب حضرة الدكتور نجيب بك قنـاوى (وكيلا) للجمعية لمدة سنتين

(٣) انتخب حضرة الدكتور شعبان هريدى (أميناً لصندوق الجمعية) لمدة سنتين

(٤) انتخب حضرة الدكتور محمد محفوظ (عضواً) لمدة سنتين

(٥) انتخب حضرة الدكتور عبد السلام محمود (عضوا) لمدة سنة

(٦) اعيد انتخاب حضرة الدكتور جورج مصور (مراقبا لحسابات) الجمعية لمدة سنة

هذا بخلاف حضرتى الدكتور عبد العزيز عمران والدكتور عبد الواحد الوكيل عضوين وهما اللذان لم تنته مدتهما ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء ؟

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لاتنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

المعـدة

الامعـاء

وامراضهما

وعلاجهما

بأملاح الصودا

بحبه

قابلة للذوبان

جاسترو — سودين

Gastro - Sodine

التهاب معدى

التهاب معوى

زيادة الافراز الحمضى المعدى

القرحة البسيطة المعدية

زيادة الافراز المعدى

عسر الهضم العصبى

تمدد معدى . سقوط المعدة

أورام خبيثة

جاسترو — سودين (تركيب S) يحتوى على ٢و٠ من برمور الصودا فى ملعقة شوربة

مركب (من $Na^2 So^4$ النقية كيمائياً)

دواعى الاستعمال : عسر الهضم فى الاطفـال — عسر التنفس — عسر الهضم العصبى

طريقة الاستعمال : انظر كراسة الارشادات الطبية وهذه يمكن الحصول عليها من روبير جيرو صندوق البوستة نمرة ١٣٠ شارع المينا الشرقية نمرة ٢١ (أمام لوكندة سميراميس باسكندرية (القطر المصرى)

الوكيل العـام لمصر وملحقاتهـا


ميدى
مرهم ميدى
لبوس ميدى
POMMADE MIDY
ADRENO - STYPTIQUE
يحتوى على اربع عناصر فعالة وعليه تأثير محقق
ادرينالين
استوفايين
انستيزين
خلاصة ابوفروه الهندى جديدة وثابتة
للبواسير
حبيبات فوارة
پيپرازين ميدى
لا بد من الاعتراف هنا بالمكانة
العظمى التى يلقاها البيبرازين ميدى لدى
جمهور الاطباء والمرضى وان الادوية الحديثة ما هى الا مسميات
ولا تضارع ابدا ما يأتيه هذا الدواء من التأثير المعترف به
الدكتور لهوشار
من الملعقة الى ست ملاعق صغيرة كل يوم
للمرضى بحمضة البوليك

﴿ البالول ﴾

PALOL (P., D. & Co.)

البالول مستحضر مركب من الجادول (وهو الخلاصة الكحولية لزيت السمك التى تحتوي على جميع عناصره) ومن خلاصة الشعير وشراب التوت البري وجليسر وفسفات الجير والصودا فهو ذو فائدة عظمى و يعطى كمقوي في حالات السل والهزال والنورستانيا . يفيد السيدات ان تعاطينه اثناء الحمل والرضاع ، وشراب التوت البري الموجود بهذا المستحضر مما يجعله نافعاً في النزلات الشعبية والحنجرية. والبالول أحسن وأنسب مستحضر لزيت السمك يمكن اعطاؤه للاطفال

يعطى البالول من ملعقة شاي الى اربعة

﴿ بالاتول ﴾

تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

PALATOL (P., D. & Co.)

لا تنسى ان تصف لمريضك البلاتول فانه شراب مقوي ومجدد للصحة

يركب مستحضر البلاتول من الجادول (وهو عنصر موجود بزيت السمك قابل للذوبان في الكحول) ومن خلاصة الشعير ومن شراب التوت البري وجليسر وفسفات الكالسيوم والصودا — اما فائدته فحدث عنها ولا حرج فى علاج الضعف العام وفقر الدم وضعف الشهية يباع البلاتول في زجاجات سعة ١٦ اوقية

﴿ مرهم الكابسولين ﴾

مسكن سهل الاستعمال — تحضير معامل بارك ودافيز الكيماوية

CAPSOLIN (P., D. & Co.)

يحتوي مرهم الكابسولين على زيت رانتج الشطا والكافور وزيت التربنتينا وزيت الملالوك (زيت الكاجبوت) وزيت حب الملوك . وهو من أحسن التراكيب المستعملة دهاناً لتسكين الآلام الموضعية كالروماتزم المفصلي وآلام الظهر والرضوض وامراض الجهاز التنفسي حادة كانت او مزمنة وغير ذلك . يباع الكابسولين داخل انابيب مرنه

طعم البكتريا

شركة پارك دافيز هى الوحيدة المختارة لتوزع بين الاطباء طعم البكتريا المحضرة فى معامل مستشفيات سانت مارى بلوندره الذى يديره السير المورث رايت
(F. R. C. S. و M. D. و C. B و K. B. E.)
وهذه الطعم هى على أعلا درجة من التأثير والثبات

Acne Bacillus

Mixed Acna Vaccine A. & B.

Anti-Catarrh Vaccine (Prophylactic)

Anti-Influenza Vaccine

Anti Plague Vaccine

Anti Typhoid Paratyphoid Vaccine (Prophylactic)

Antisepsis Vaccine

Gonococcus Vaccine

Mixed Gonorrhoes Vaccine

Micrococcus Melitensis Vaccine

Mixed Vaccine for Bronchial Asthma

Mixed Anti-Influenza Vaccine

Mixed Vaccine for Coliform Infections

Pneumococcus Vaccine

Staphylococcus Vaccine

Streptococcus Pyogenes Vaccine (Polyvalent)

Whooping Cough Vaccine A, B & C.

پارك دافيز وشركاه لندره

Parke, Davis & Co.
London

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال المهنة فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية وهى [illegible] اسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية [illegible] راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح وهاك اجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد السادس | يونيه سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

الاشتراك
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات : ترسل باسم الدكتور عبد الحميد العرابى رقم ٢ شارع عبد المنعم بميدان عابدين
الرسائل الخاصة بالادارة : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى شارع زين العابدين بالبغالة

فهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ كما أنها ترجو حضراتهم أيضاً أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ثم ان كل مقالة ترسل للمجلة لنشرها وغير مرفقة بطلب كتابي من صاحبها لا يلتفت اليها ؟

رئيس التحرير

عبد الحميد العرابي

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السادس | يونية سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

العقم

للدكتور نجيب بك محفوظ

سعادة الرئيس وسادتى الاجلاء

عندما فكرت فى القاء المحاضرة التى شرفتمونى بالحضور لاستماعها الليلة توخيت انتقاء موضوع يهم الاطباء عموماً بغض النظر عن اختصاصهم ، فاخترت الكلام على العقم . ولا تنحصر أهمية العقم فى كون الزواج الغير المنتج من أكبر الاسباب لزوال السعادة العائلية ، بل ان للأكثار من النسل أهمية كبرى من وجهة الدفاع الوطنى . وقد تنبه لهذا الأمر كثير من قادة الامم والانبياء . فشريعة موسى تحتم على الاخ الذى يموت أخوه بلا ذرية أن يتزوج أرملته ليعقب له نسلا . فاذا أبى كان عقابه أن تضربه الزوجة بنعلها فى الساحة العمومية على مرأى من الجمهور ، وتوصم ذريته بوصمة عار لا تمحى . وقد جاء فى

الحديث الشريف قول النبى صلعم « تزوجوا الودود الولود فانى مفاخر بكم الامم يوم القيامة حتى بالسقط . » ولحسن حظ الشرق أنه لم يبل الى الآن بما بلى به كثير من البلاد الاوروبية من السعى الى الاقلال من النسل فلا تزال الامومة أعظم فخر للزوجة المصرية . والطبيب المشتغل بالامراض النسائية يرى أن عدداً كبيراً من مريضاته يحضرن لمعالجة العقم ويتحملن كثيراً من المشاق فى سبيل الحصول على مبتغاهن. فان لم يفزن بالشفاء على يده هرعن الى غيره . ناهيك عن العدد الكبير الذى تعالجه القابلات بطرق بربرية وأحياناً غير شريفة مثل وضع تحاميل مهبلية مشبعة بمنى مخصب فى الاحوال التى تشك فيها القابلات فى أن الذنب فى العقم للزوج . وقد رأيت من هذا القبيل جملة أحوال أصيبت فيها المريضة بالسيلان اذ اتفق أن المنى كان لرجل مصاب بالسيلان . وقد حملت بعض هاته المريضات ، وفحصت أزواجهن بعد ذلك فلم أجد حيواناً حياً فى منيهم . فتكون القابلة قد جنت عليهن جناية مزدوجة .

وعند مراجعة دفاترى هالنى العدد الهائل من النساء اللاتى ذهبت صحتهن وسعادتهن ضحية العلاج السىء . فمن مريضة أصيبت بالتجمع البوقى القيحى بعد « مرودتها » بواسطة قابلة ، الى أخرى حدث عندها ضيق شديد أو انسداد فى العنق ناشىء عن الافراط فى استعمال المواد الكاوية ، الى أخرى مزق عنقها بقصد توسيعه .

وبعد هذه المقدمة الطويلة التى تثبت لنا شدة اهتمام المريضات بعلاج العقم ادخل فى الموضوع فأقول : —

العقم

العقم هو عدم المقدرة على انتاج نسل : وهو مرض يصيب الرجال كما يصيب النساء . وتسمى المرأة عقيماً أو عاقراً اذا مضى على زواجها ثلاث سنوات

ولم يحدث الحمل بالرغم من توفر الاسباب لحدوثه . والعقم فى النساء اما نسبى واما مطلق . فالنسبى هو المسبب عن عاهة قابلة للشفاء والمطلق هو الذى لا يشفى . ويعتبر الرجل عقيما اذا خلا منيه من الحيوانات المنوية المخصبة أو اذا كان عاجزاً عن الجماع بحالة طبيعية . وقد اختلفت الآراء فى تقدير نسبة مسؤلية الرجل فى العقم . فقدرها « كورتى » بعشرة فى المائة و« نوجيرات » بتسعين فى المائة . أما الرقم الاول فدون الحقيقة ، وأما الثانى فمبالغ فيه حتى ولو أضفنا اليه عقم الزوجة الناشىء عن عدواها بالسيلان من زوجها . ويظهر أن الخلاف فى التقدير ناشىء عن الطرق المتبعة فى الفحص . فالبعض يكتفى بفحص السائل المنوى والبعض الآخر يصمم على اثبات مقدرة الزوج على ايصال المنى الى عنق الرحم . وأقربهم الى الصـواب ههنر الذى فحص ٢٠٥ أنموذجات من المنى أحضرت فى أكياس من المطاط و ٢١٦ أخذت من قبوة المهبل والعنق و ٢٩ أخذ فيها المنى ببزل الخصيـة . وقد قارن هذه النتائج بعضها ببعض فحدد مسؤلية الرجل بواحد وأربعين فى المائة .

وقد فحصت السائل المنوى لازواج مائتى مريضة متتالية وفحصت الازواج جميعاً فحصاً دقيقاً فوجدت مسؤلية الرجل ٣٢ ٪ اما المنى فكانت تحضره الزوجة بنفسها فى فنجان حتى لا يكون هناك سبيل للغش .

الحييوينات المنوية

قبل البحث فى اسباب العقم سأذكر بعض المعلومات عن الحيوان المنوى ـ تنشأ الحييوينات المنوية فى القنوات المتعرجة للخصية وتخرج منها الى البربخ على شكل كتل عالقة فى قليل من السائل . ومتى وصلت الى البربخ تنفجر الكتل فتخرج منها الحييوينات وتبدأ فى الحركة الذاتية . وتساعدها على ذلك المفرزات البروستاتية . ومتى وصل المنى الى صيوان القناة الناقلة تجمع هناك الى ان ينزل فى نهاية الجماع . وفى خروجـه يتحد مع مزيج مركب من افراز الحويصلات

المنوية وغددكوبروالبروستاتا وغدد مجرى البول . وكل هذه الغدد تشترك فى تكوين المنى . ويظهر ان الحويصلات المنوية ليست مستودعا للمنى فقط بل هى تفرز سائلا ثخينا اصفر مكونا من الجلوبيولين . وربما كانت وظيفتها امتصاص المنى الذى لا يستعمل .

وللحيوانات المنوية قدرة كبيرة على تحمل العوارض فقد تتثلج فتظهر كأنها ميتة ولكنهـا متى سخنت قد تعود الى الحركة . وقد تعيش فى المحضنة تسعة ايام . واذا وضعت فى اوساط مناسبة مثل المحلول الملحى الذى درجة حرارته ٣٧ س او فى السوائل القلوية الضعيفة فقد تعيش اكثر من ذلك . اما الاوساط الحامضة فتقتلها . ولذلك فانه اذا كان عنق الرحم ضيقاً يبقى الحيوان المنوى مدة طويلة فى المهبل معرضـاً لافرازه الحمضى فيموت . اما الافراز الرحمى فقلوى ولذا تعيش الحيوانات فيـه مدة طويلة . وقد اجرى اطباء عديدون تجارب كثيرة لمعرفة الزمان الذى تبقى فيه الحيوانات المنوية حية فى الاعضاء التناسلية فوجدوا أن ثلثى الحيوانات التى فى المهبل تموت بعد الجماع بساعة . واما فى العنق فتبقى حيـة من يومين الى خمسة ، وفى قاع الرحم من يومين الى اربعة . والمشهور ان العنق بعد الجماع يكون غارقاً فى لجة من المنى المتجمع فى الردوب المهبلية . فاذا لم تكن الحيوانات المنوية قد دخلت العنق فى برهة القذف حين يكون الغشاء المخاطى بارزا من الفوهة الظاهرة مستعداً لاستقبالها فان وجود العنق غارقاً فى المنى بعد الجماع يساعد كثيراً على اعطاء الحيوان المنوى الفرصة الملائمة للصعود الى العنق بحركته الذاتية .

اسباب العقم فى النساء : — كل ما يعيق الحيوان المنوى عن الوصول الى البويضة ، وكل ما يمنع البويضة من الاتصال بالحيوان المنوى ، وكل ما يعيق البويضة المخصبة عن الوصول الى التجويف الرحمى والانغراس فيه يسبب العقم وقبل البدء فى شرح أسباب العقم يجب أن نعترف بان العلم لم يحل الى الآن

غوامض هذا المرض فقد شاهدنا جملة أحوال حدث فيها الحمل بالرغم من وجود حوائل تكاد تجعل حدوثه مستحيلا : اذكر منها اربعة امثلة — (الاولى) ان سيدة مصابة بغياب المهبل الخلقى حملت وتمت مدة حملها ودعانى لتوليدها حضرة صديقى الدكتور عبد اللطيف احمد . فاجريت لها العملية القيصرية فى مستشفى الدكتور ملتن وبعد اجراء العملية قصدت ايصال عنق الرحم بالفرج لتصريف السائل النفاسى فوجدت الفرج متصلا بالعنق بممر طوله ستة سنتيمترات ولكنه ضيق جداً لا يكاد يسمح بدخول رأس الدبوس . (الثانية) مريضة دخلت مستشفى قصر العينى بعد ٣ شهور من ولادة عسرة جداً . وعند فحصها وجدت المهبل ملتهباً التهابا عفنا ، وكانت جدره مثقبة بنواسير بولية وشرجية وتجويفه منكمشاً بأثرة التحام الى حد انه لم يكد يسمح بدخول الاصبع الباحث ، وكان الصديد والبراز والبول تخرج من المهبل بلا انقطاع . وكم كنت مندهشاً عند فحصها لما وجدتها حاملا فى شهر ونصف . وقد عالجت هذه المريضة الى ان زال الالتهاب ثم خطت النواسير وولدتها عند تمام مدة الحمل بالعملية القيصرية . (الثالثة) امرأة مصابة بضيق فى الحوض استؤصل بوقاها بعد توليدها بالعملية القيصرية ، ولكنها حملت بالرغم من ذلك لأن الاربطة التى وضعت على الجزء المتروك من البوق امتصت وبقى البوق متصلا بالبريتون — (الرابعة) — مريضة فى سن الثانية والخمسين حملت بعد ظهور علامات اليأس وانقطاع الطمث بست سنوات وقد ولدتها جنيناً حياً تام مدة الحمل

ويقابل ذلك من الجهة الاخرى اننا كثيراً ما نجد زوجين سليمين فى الظاهر لا يسعدهما الحظ بانتاج ذرية . ولكن لا يجوز ان نتخذ هذه الحوادث الشاذة دليلا على خطأ المعلومات التى وصل اليها العلم فى معرفة اسباب وعلاج العقم. فاننا فى مقابل كل حالة من هذه الشواذ رأينا مئات من الاحوال

التى نجح فيها العلاج بعد عقم طال امده . وكان حدوث الحمل عقب العلاج مما لا يترك سبيلا للشك فى أن حدوثه كان بسبب العلاج .

وسأذكر الآن اسباب العقم، واذكر العدد الذى خص كلا منها فى٥٠٠ حالة متتالية من الاحوال التى عالجتها فى عملى الخارجى . وسأقسم هذه الأسباب الى قسمين رئيسيين : الاول وهو الذى تكون فيه الاعضاء التناسلية مركزاً لمرض واضح ، والثانى وهو الذى تكون فيه الاعضاء التناسلية سليمة حسب الظاهر .

القسم الاول . أمراض هذا القسم قد تكون خلقية أو مكتسبة . والامراض المكتسبة اما ان تحدث بعد الولادة بسبب تعفن نفاسى أو ضمور رحمى نفاسى ، واما بسبب عدوى الاعضاء التناسلية بالسيلان أو بالميكروبات القيحية . وسنذكرها مبتدئين من الفرج فما فوق متبعين الشرح الاكلينيكى وذاكرين النقط التى يجب على الباحث ملاحظتها .

يبدأ الباحث بفحص الفرج فان رأى به ضموراً وجب أن يوجه التفاته الى ما يصاحبه عادة من ضمور الاعضاء الباطنية

ثم يبحث بعد ذلك عن أدلة الاصابة بسيلان مزمن . ويقوم ذلك بملاحظة الامور الآتية ! اما تمسك غدة برتولين بين السبابة والابهام . وتفحص الغدة وقناتها ، وفوهتها ، فان شعر بالغدة متصلبة وفى حجم الفولة مثلا أو اذا شعر بالقناة كحبل سميك كان ذلك دليلا على امكان حدوث اصابة سابقة بالسيلان . ثم تعصر الغدة بين الاصبعين فان ظهرت نقطة من الصديد يؤخذ منها نموذج لفحصه بالمجهر

غشاء البكارة — اذا فحصنا المريضة فوجدنا غشأ البكارة لم يتمزق نعتبر هذا دليلا على أن الجماع لم يتم بالشكل الطبيعى . فاذا لم يكن السبب فى ذلك صلابة الغشاء أو ازدياد الحساسية الشاذ وجب فحص الزوج لعل فيه عيباً

قناة مجرى البول — اذا كانت القناة محمرة متورمة ملتهبة وتدمى عند

الجس ففى الغالب تكون المريضة مصابة بالسيلان . فان لم يوجد تورم تضغط القناة بالاصبع من باطن المهبل الى خارجه فاذا ظهر صديد يفحص ميكروسكوبيا. ثم تفحص بعد ذلك فوهات « سكين » فان ظهرت فيهـا نقط صديد تؤخذ منها نماذج للفحص

المهبل — تشوهات المهبل كازدواجه لا تسبب عقما فى ذاتهـا ولـكنها اذا اصطحبت بضمور الرحم حدث العقم. أما ضيق المهبل الخلقى أو المكتسب فيعطل الحمل وقد يمنعه. كما أن انسداد المهبل الخلقى أو المـكتسب يمنع الحمل. والمفرزات المهبلية العفنة أو الشديدة الحمضية تعطل الحمل

العنق — أمراض العنق من أهم موانع الحمل ومن أكثرها قابلية للعلاج وأهمهـا ضيق العنق الخلقى . ومن أنواعه الضيق المصطحب باستطالة قمعية والضيق المصطحب بانثناء الرحم الى الامام ؛ او بضمور الرحم . ويليه الضيق المـكتسب الحادث اما من تغنغر العنق بعد الولادات العسرة أو من استعمال الـكاويات فى معالجة التهاب العنق. ومن امراض العنق ايضاً البوليبوسات التى تسد فتحته، وتمزق العنق المصحوب بالشطرة الخارجة والالتهاب العنقى الغدى الذى قد يكون منشاؤه سيلانيـاً او عفناً . ويكثر فى هذه الاحوال وجود حويصلات نابوت التى يمكن اكتشاف ميكروب السيلان فى محتوياتها :

الرحم : — امراض الرحم التى تسبب العقم تنشأ (١) عن عيب تشريحى مثل ضمور الرحم او غيابه خلقياً او (٢) عن التهاب فى الغشـاء المبطن للرحم او (٣) عن انحراف فى وضع الرحم كانثنـاء حاد الى الامام أو انثناء الى الوراء . وهذه تصحب عادة بالالتهاب الرحمى البـاطنى فتصبح بذلك موانع الحمل متعددة لان العنق يمتلىء عادة بالمفرزات الالتهابية ؛ والغشاء المخاطى يصبح مهداً غير صالح لانغراس البويضـة ؛ وانحراف اتجاه الفوهة الظاهرة ووجود الانثناء — عوامل تتحد بعضها مع بعض فى احداث العقم .

(٤) اورام الرحم الليفية وعلى الاخص ماكان منها بارزاً فى تجويفه ، والاورام المصطحبة أنزفة شـديدة ، او مفرزات غزيرة ، والاورام التى تغير اتجـاه التجويف الرحمى وتشوه فتحتى البوقين وقناتيهما وتضغطهما وتعوجهما لانها تجعل وصول الحيوان المنوى الى البويضه متعذراً

البوقان — العيوب التشريحية للبوقين مثل غيابهما او شدة استطالتهما والتوائهما قد تسبب العقم. كما ان انسدادهما بورم ليفى أو تفلطحهما بكيس رباطى قد يعطل الحمل . انما السبب الاهم هو انسداد البوقين الناشئ عن السيلان أو التعفن النفاسى والتجمعات القيحيـة والمائية . والمشاهد ان كثيرا من احوال العقم التى يظن أن سببها ضيق العنق تكون فى الغالب مسببة عن التهاب بوقى غير مصحوب بتضخم فى نسيج البوق

المبيضان — أننـا لا نعلم شيئاً اكيداً عن امكان حدوث العقم بسبب اختلال الافراز الباطنى للمبيض ولـكن من المحتمل حدوث ذلك . اما ضمور المبيضين أو غيابهما فمن الاسباب الاكيـدة لحدوث العقم وهى لحسن الحظ نادرة الحدوث . وأكثرمنهاحدوثاً التهابات المبيض وعلى الاخص مااصطحب منهـا باحاطة المبيض بغلافات التهابية تمنع انفجار حويصلات جراف . كما أن أورام المبيض واكياسه ، وعلى الاخص الاكياس الادمية تحدث العقم اذا اصابت الجهتين واعدمت النسيج المبيضى .

القسم الثانى — وهو الذى تكون فيه الاعضاء التناسلية سليمة فى الظاهر. وتدخل تحت هذا الباب الاحوال التى يكون فيها البوقان منسدين ولا يمكن تشخيص حالتهما ، والتى يكون فيها المبيضان مصابين بتصلب الغلاف . اما اذا كانت الاعضاء التناسلية سليمة فعلا فقد يكون السبب : —

(١) الاسباب النفسية العقلية . وهى تسبب العقم باحداثها حالة نفسية تجعل مجرد الافتكار بالجماع يحدث تشنجا فى العضلات المهبلية وغيرها يجعل

الجماع متعذراً أو مستحيلا .

(٢) التنافر التناسلى — من المشاهد حدوث بعض أحوال من العقم تنتهى بطلاق الزوجين فاذا تزوجا با خرين حدث الحمل عند كلا الطرفين . ولا يعلم شىء عن اسباب ذلك الا انه يتبع قوانين الانتخاب الجنسى الغامضة

(٣) الامراض المضعفة والمنهكة — فى بعض هذه الاحوال ينقطع الطمث ويضمر الرحم ويحدث العقم فاذا شفيت شفى العقم بالتبعية . كما أن بعض المصابات بالديابيطس السكرى والنقرس يصبن بالعقم أحيانا .

(٤) اختلال افراز الغدد التى لا قناة لها — قلة افراز الغدد الدرقية والنخامية والمبيض قدتحدث العقم فى أحوال مخصوصة كما انازدياد افرازالغدة النخامية والغدة فوق الكلى يسبب ظهور خواص الرجولة فى النساء وقد يعطل الحمل .

(٥) السمن المفرط — لاصطحابه باختلال افراز الغدد الباطنية

(٦) كبر السن — كلما دنت المريضة من سن اليأس قلت فرصة الحمل ولكن أغلب العجائز العاقرات لا يردن أن يفهمن ذلك

(٧) اندلاق المنى خارج المهبل عقب الجماع — يصاحب بعض احوال العقم وربما كان سبباً له . ويكثر حدوثه عند المصابات بالتمزقات العجانية

وهاك جدول ببيان الخمسمائة حالة عقم السابق الكلام عنها

حالات	
٢٢	سيلان مزمن غير مصحوب بالتهاب بوقى بل مصحوب بالتهاب مهبلى وخراجات فى غدد برتولين أو قنوات سكين فقط
١١	التهاب مهبلى
١٨	تشوهات خلقية مثل غياب الرحم أو انسداد المهبل
٥١	

٥١ ماقبله

٤٠ ضيق العنق

٣١ سقوط المهبل والرحم

٦ تمزق العنق وشطرة خارجه

١٨ تضخم العنق

٣٥ التهاب عنقى غدى

٧ بوليبوسات عنقية

٦ انثناء حاد الى الامام

٧٨ ميل الى الوراء وانثناء الى الوراء

٧٨ التهاب رحمى باطنى

٥٥ التهاب بوقى مبيضى وتجمعات بوقية

٣٢ التهاب محيط الرحم

٢٤ أورام ليفية رحمية

١٦ اكياس مبيضية

٢ أورام ليفية مبيضية

٢ سرطان العنق (ولم تكن المريضة تحلم بوجوده) وكان حضورها للعلاج بسبب العقم

١ الوطء المؤلم

٨ سن اليأس المبكر

٥ السمن المفرط

٥ اختلال افراز الغدد التى لاقناة لها

٥٠٠

عقم الرجال

فى اكثر من ثلث الأحوال يكون الذنب للزوج فى العقم . والعقم فى الرجال يكون لأحد أسباب ثلاثة :

السبب الاول — عدم مقدرة الزوج على الجماع بصفة طبيعية كأن يكون عنيناً أو مصاباً بمرض عصبى أو بضعف ناشىء من الافراط الشديد فى زمن الصبا . ويكثر حدوث ذلك عند الذين يتأخرون فى الزواج كثيراً بعد أن يكونوا قد انهكوا قواهم ثم يتزوجون اعتماداً على سابق مقدرتهم . والسبب الثانى أن المنى لا يصل الى العنق لانفتاح القناة البولية فوق أو تحت القضيب ، أو لوجود ناسور بولى ، أو ضيق مجرى .

والسبب الثالث — اصابة الخصيتين ومتعلقاتهما بالالتهاب السيلانى : وتظهر نتيجة ذلك عند فحص المنى . فان أتلف الالتهاب الخصية فالسائل المنوى لا يحتوى على حيوانات منوية لعدم تكوينها . وان سبب الالتهاب انسداد القنوات الناقلة للمنى أو التهاب البربخ لا تصل الحيوانات المنوية الى المنى الذى يفرز عقب الجماع . وان التهبت الحويصلات المنوية أو البروستاتا قل عدد الحيوانات المنوية فى المنى وكان معظمها ميتاً

التشخيص والعلاج

العلاج الواقى . — لو علم الشبان ما يجره السيلان من الرزايا على أنفسهم وعلى عائلاتهم لما عرضوا أنفسهم للعدوى به ولما أهملوا علاجه — ولو علموا أن السيلان هو السبب الأكبر فى عقم الرجال وأنه قد يزمن بحالة تجعل علاجه عملا شاقا وانتكاسه كثير الحدوث ، وانه فى الوقت الذى يظن فيه المريض نفسه خالياً من المرض ويقدم على الزواج تكون الجراثيم كامنة فى مخابئها تخرج

منه حيناً بعد آخر وتنقل العدوى الى زوجة بريئة فيصل الى بوقيها وتصبح حياتهـا سلسلة من الشقاء والاوجاع — أقول لو علم الشـاب كل ذلك لفضل حياة الطهارة والعفاف .

ولـكن أنى له ذلك ؟ ومن أين تأتيه هذه المعرفه ؟

ربما كان لطبيب العائلة فرصة أفضل من غيره فى نشر هذه المعرفة . وربما كانت للنشرات الصحية فائدة فى الفات نظر الشـبان الى الاخطار التى يستهدفون لها ، ولـكن الطريقة المثلى هى ادماج هـذه التعليمات فى برامج التعليم الثانوى

العلاج الشافى — يشكو الاطباء كثيراً من نكران الجميل عند معظم المرضى الذين يشفونهم ولـكنى أعرف مرضاً يشذ عن هذه القاعدة ، وهو العقم — قد ينجح الطبيب فى انقاذ حياة امرأة مصابة بالسرطان ، أو بأى مرض آخر يهدد حياتها ، ولـكن لايكون تقديرها لعمله أعظم من تقديرها له لو شفاها من العقم . هذا هو اختبارى ولعله أيضاً اختبار كل من عانى هذه المسألة . ولعل فى ذلك ما يدعونا الى زيادة التدقيق فى علاج هذا المرض .

أما الامور التى تجب ملاحظتها فى العلاج فهى : —

(١) هل الزوج سليم

(٢) هل يوجد مرض فى الاعضاء التناسلية يمكن أن يكون سبباً للعقم

(٣) هل يمكن شفاء المريضة

أما عن الامر الأول فانى أحتم فى كل حالة عقم بفحص السائل المنوى ثم فحص الزوج فحصا دقيقا

وبعد ذلك استفهم من المريضة عن الامراض التى تجعلنى أشتبه فى سابق اصابتها بالسيلان عقب الزواج فان كانت الاجابة على كل ذلك سلبيا برأت الزوج أما اذا وجدت العيب فى الزوج فلا أتأخر عن التلميح للزوجة بأن حالتها لا تستوجب علاجا وهذا كاف لتفهيمها الحقيقة

أما عن الامر الثانى فالواجب يقضى بالبحث الدقيق عن سبب العقم فقد رأيت أحوالا وسع فيها العنق وكحت الرحم مرارا ثم مزق العنق من الجانبين أو من الشفة الخلفية بقصد توسيعه وكان السبب الحقيقى للعقم انسداد البوقين

ولسهولة الوصول الى معرفة سبب العقم تلاحظ الامور الاتيه : —

(١) يبحث عما اذا كان هناك ما يمنع وصول الحيوان المنوى الى البويضة مثل صلابة غشاء البكارة أو ازدياد الحساسية المهبلية او انسداد المهبل الجزئى أو التام أو ضيق العنق أو انسداده او انسداد البوقين

(٢) يبحث عما اذا كانت هناك امراض تمنع خروج البويضة من المبيض ومقابلتها للحيوان المنوى كأن يكون المبيضان محاطين بغلافات التهابية او انها تكون غائصة فى ارتشاحات التهابية بريتونية

(٣) اذا لم يوجد ما يمنع خروج البويضة وتلقيحها بمقابلتها للحيوان المنوى يبحث عما اذا كان هناك ما يمنع البويضة المخصبة من الانغراس فى الرحم والنمو فيه كأن يكون الغشاء ملتهباً او يكون بالرحم أورام تفرز مفرزات عفنه أو يكون الغشاء المخاطى ضامراً أو الرحم صغيراً

أما عن الامر الثالث فيجب التمييز بين الامراض التى تشفى والتى لا تشفى

فان كانت حالة المريضة غير قابلة للعلاج وجب تفهيمها ذلك . — اجل — انه لا يمكن تقدير الاسف وخيبة الرجاء التى تشعر بها المريضة متى علمت ان حالتها غير قابلة للشفاء ولكن خير لها ان تعرف الحقيقة المؤلمة مرة واحدة من ان تقابل خيبة الرجاء كل شهر مرة عند مجىء الطمث . اما لو جهلت حقيقة أمرها فانها ولا شك لاجئة آجلا او عاجلا الى الدجالين والدجالات ولا تلبث ان تضيف الى عقمها أمراضاً قد تلازمها طول الحياة

أما الامراض التى تشفى فهى

(١) انسداد غشاء البكارة أو صلابته

(٢) ازدياد الحساسية المهبلية

(٣) الانثناآت الرحمية الى الامام او الى الوراء

(٤) التهاب باطن الرحم والتهابات العنق وضخامته وتمزقه

(٥) ضيق العنق

(٦) البوليبوسات العنقية

(٧) الاصابات السيلانية التى لم تغلق البوقين

(٨) بعض الاورام الليفية

(٩) بعض الاكياس المبيضية

(١٠) الالتهابات المهبلية وبعض الامراض العمومية

والامراض التى لا تشفى هى : —

(١) غياب الرحم أو المبيضين أو ضمورها

(٢) الاورام والاكياس المبيضية التى تتلف نسيج المبيضين

(٣) معظم التجمعات القيحية للبوق

(٤) الاحوال الالتهابية البريتونية التى تنتهى بالتصاقات شديدة تغلف المبيضين باغشيه سميكة

أما من حيث الطرق العلاجيـة فيجب ان تزال كل الموانع التى يحتمل وقوفها فى سبيل الحمل مهما كانت تافهة . فاذا وجـدت أسباب تجعل الجماع مؤلماً وجب علاجها . واذ وجـدت مفرزات عفنة أو غزيرة أو شديدة الحموضة عولجت بما يناسبها . وتعالج الامراض الموضعية والعمومية بما يناسبها اما بالعلاجات الموضعية واما بالعمليات . وهناك ترتيبات عامة تجب مراعاتها فى علاج العقم . فالجماع يجب ان يكون باعتدال ، ويستحسن تفهيم الزوج أن أفضل وقت لحدوث الجماع المخصب هو العشرة الأيام التى تتلو الحيض. وذلك

لان الوقت الذى يمضى بين الجماع وبين دخول البويضة المخصبة الى الرحم هو من ٨ — ١٠ أيام فادا تم الجماع فى بضعة ألايام التى تتلو الحيض كان دخول البويضة المخصبة الى الرحم فى الفترة التى تسبق الحيض التالى حينما يكون الغشاء الرحمى شديد الشبه بالساقط وهو أفضل وقت لانغراس البويضة .

أما من حيث العمليات ففى الاحوال التى تستوجب التوسيع أو الكشط تفضل الايام التى تتلو الحيض مباشرة للسبب السالف ذكره على أن تعود الزوجة الى زوجها بعد العملية بعشرة أيام فى أحوال الكشط وبعد أربعة أيام فى الاحوال التى يعمل فيها التوسيع فقط . ويحاذر كل الحذر من الاسراع فى التمديد . فكثيراً ما تكون التشققات الحادثة من الاسراع سبباً فى احداث التهاب حولها يضيع الفائدة الناجمة من التوسيع .

وفى الاحوال التى يكون فيها الرحم مائلا الى الوراء يجب فتح البطن وفحص الاعضاء الباطنيـة فحصاً دقيقاً . كما أنه يجب التأكد فى كل حالة يفتح فيها البطن من عدم وجود انسداد فى البوق ولو لم يشتبـه فى وجوده قبل العملية . وان النجاح الذى صادف كثيراً من المريضات اللاتى أجريت فيهن عملية فتح البوقين يجعلنى أوصى بهذه العملية كثيراً . على أنى أشير فى الاحوال الالتهابية للبوقين أن لا يفتح البطن الا بعد اليأس من العلاج الموضعى وبعد مرور زمن طويل لا يقل عن سنتين تكون فى خلاله قد ماتت الميكروبات المسببة للمرض .

أما العقم فى الرجال فقلما يفيد فيه العلاج ولكنى رأيت بعض أحوال من التهاب البربخ والخصية التى كانت مصحوبة بانعدام الحيوانات المنوية أو بوجودها فى المنى ميتة عادت اليها الحيوانات الصحيحة بعد شفاء السيلان وعلى غير انتظار

وبعض الاخصائيين يبزلون الخصية ويفحصون المتحصل فان وجدوا فيه حيوانات منوية حية وكان المنى خالياً منها أجروا عملية ايصال القناة الناقلة

للمنى بالبربخ. وتفصيل هذه العملية موجود فى مقالة لمارتن فى The Therapeutic Gazette Dec. 15 — 1909 أما الاحوال التى يكون فيها المنى طبيعياً ولكنه لا يصل الى العنق بسبب ناسور بولى أو ضيق مجرى أو انحناء فى القضيب أو ارتخاء الزوج فيمكن تجربة التلقيح الصناعى بحقن منى الزوج فى تجويف الرحم. فيؤمر الزوج بان يقذف منيه عقب الجماع فى فنجان معقم. ثم يمص المنى بالمحقنة ويحقن فى تجويف الرحم. ويستحسن البعض أن يؤخذ المنى من المهبل بعد الجماع. وفى الاحوال القليلة التى جربت فيها هذه الطريقة لم يصادفنى نجاح الا فى حالة واحدة. وهى فوق ذلك عملية ينفر منها الطبع وتمجها المريضة فيجب ألا تفعل الا فى ظروف استثنائية. وانى أشكركم كثيراً على ما أظهرتموه من الصبر فى سماع هذه المحاضرة الطويلة.

نقص الكفاءات الكبدية

Les insuffisances hepaliques

للدكتور محمود على بك السركى

كثيراً ما يستعمل الآن فى الطب الحديث عبارة نقص الكفاءات الحشوية فيقال نقص كفاءة كبدية وكلوية وقلبية ورئوية وبنكرياسية الخ — وكل منها يدل على حالة خاصة هى نقص فى حركة وظيفة هذه الاعضاء وينطوى تحت هذه العبارة البسيطة كل شىء اذ يندمج فيها المسائل الاكلينيكية بالاصول الفسيولوجية التى هى أساس لها ودراسة هذا الموضوع فى الفسيولوجيا المرضية صعب جداً لعدة وجوه : — أولها. ليس لكل عضو وظيفة واحدة بل بالعكس يوجد له وظائف عدة قد تحصل عيوب لبعضها أو لجميعها فى وقت

واحد أو فى أوقات منفصلة . وبهذه الكيفية فان نقص كفاءة أى عضو فيه نصيب مجموع واحد أو مجاميع مختلفة جداً . ثانياً . بقدر ما تتعمق المعلومات الفسيولوجية وبقدر ما تصل وسائط الابحاث الى درجة الكمال بقدر ما يتسع ميدان نقص الكفاءات الوظيفية

ثالثاً . نقص كفاءة أى عضو يمكن أن تتعدى الى نقص وظيفة أعضاء أخرى وهذا ما يمكن أن يطلق عليه اسم نقص الكفاءات ذات الارتداع أو نقص كفاءة مجموع الاعضاء Pluri organique ونقص كفاءة المجموع العضوى هو ما يتوجه اليه فى يوم ما غرض علم الفسيولوجيا الحديث بل قد صار الامر واقعياً الآن خصوصاً فيما يتعلق بنقص الكفاءة الكبدية

ويتلخص نقص الكفاءة الكبدية فى كل ما يتعلق بوظيفة ومرض الكبد وتميز منها أشكال عند المرضى فمنها ما يكون عمومياً أى يشمل جميع أو بالقرب من جميع وظائف الكبد ومنها ما يكون جزئياً وينقسم بحسب مدته الى نقص كفاءة مستمر أو نقص كفاءة وقتى ومن هذا الاخير نقص الكفاءات المحرضة التى يمكن استكشافها أثناء الحركة الطبيعية لوظيفة الكبد كما هو الحاصل فى حالة سكرية البول ذات الاصل الغذائى الناشىء من التعب الوظيفى للعضو ومن المعلوم أن الخلية الكبدية أمام جميع الآفات العفنة أو السامة تكون سريعة العطب لدرجة متناهية وقد يتوافق هذا العطب شكلا مع العطب الفسيولوجى (الخلل الوظيفى) ولا يخفى أيضاً المقاومة المختلفة التى تبدو من كتلة الخلايا الكبدية ضد أى حالة ذات طبيعة سامة أو عفنة فان بعض هذه الخلايا يضمر من جهة والبعض الآخر يبقى سليما فى الظاهر من جهة أخرى . فاذا لم تكن الاصابة الوظيفيه شاغلة لجميع كتلة العضو أو اذا لم يوجد انحطاط فجائى فى الوظيفة فان هذه الخلايا السليمة الوظائف يبدو منها مقاومات مختلفة والبعض منها يساعد والبعض يقاوم وهذا التخبط أى كل من هذه المساعدة

أو المقاومة تختلف بحسب البنية وبحسب التاريخ الخلائى

وعلى ذلك أمام أى نقص كفاءة وظيفية للكبد يجب أن نعمل حسابا الى اصلين مهمين من جهة الاسباب : — أصل البنية من جهة — والعامل الضار من جهة أخرى . فاصل البنية لم يكن الا نتيجة الوراثة أو نظام المعيشة كالضعف الكبدى الوراثى والضعف الكبدى المكتسب من اصابة العضو نفسه اصابة سابقة أو تابعة لاصابة اعضاء اخر

والعامل الضار يظهر منه تأثير ضار واضح كلما بدت من العضو مقاومة ناقصة . وهذا يكون أولا فى حالة مرض معد . اما حاد كالحمى التيفودية والالتهاب الرئوى والحمرة وأيضاً التهاب المعلقة الدورية واما مزمن كالدرن والزهرى أو الاجام وثانيا فى حالة مرض سام اما خارجى كالكلوروفورم والفوسفور والكؤل . واما داخلى كالارتريتسيم والديابيطس والحمل والآفات المعدية المعوية وآفات الدورة والكلى . ثالثا من وجود آفة كبدية قديمة تؤدى الى تنازل الفواعل التبادلية فجأة وهذا ما يحصل كثيراً فى أحوال الالتهابات الكبدية المزمنة الضمورية والالتهابات الكبدية الشحمية وبالعكس استثنائيا من سير خراجات الكبد والسرطانات الثانوية والاصلية والاكياس الديدانية للكبد

ونقص الكفاءة الكبدية كثير الوجود فى بلادنا وقلما نجد كبداً يؤدى وظيفته بالكمال التام وسببه التربية المعيبة وسوء نظام المعيشة فى حالة الطفولة أو الكهولة يستوى فى ذلك سكان المدن والقرى ومتى وجه الطبيب نظره اليه وبحث العلامات الاكلينكية بحثا بسيطا يمكنه التشخيص بسهولة دون الاحتياج لمساعدة التحاليل الكيماوية فى أى نقطة منها اذ لا يحتاج الامر لها الا لغرض المعلومات التكميلية لتحديد امتداد الوظائف التى تسببها الاصابة . ولكى نشرح هذه العلامات جيداً نقسم نقص الكفاءة الى ثلاث درجات (١) نقص الكفاءة الكبرى للكبد (٢) نقص الكفاءة المتوسطة للكبد (٣) نقص الكفاءة الصغرى للكبد .

(١) نقص الكفاءة الكبرى للكبد

عند ما تتسرب اصابة وظيفة الكبد الى جميع الوظائف سواء كانت الآفة المتلافة شاغلة لمجموع العضو أو سواء كانت الخلايا الكبدية التى تخلت الآفة عنها فى حالة حرمان وظيفى تام لا نفتكر فى الواقع عن وجود أو عدم وجود حالة موازاة مطلقة بين الافة القابلة للتحقيق بالتشريح الدقى Histologiquement وبين التكدر الوظيفى فان هـذا الاخير من شـأنه أن يزيد نوعامافى الافة ويمكن ظهور خلايا طبيعيـة أو حتى خلايا فى حالة تكوين جديد أو فى حالة حركة en kinéses فى بعض الاكباد التى فى حالة حرمان وظيفى تام كما يشاهد فى آخر دور بعض السيروزات ومن الضرورى معرفة هـذا المبدأ وهو أنه يوجد اتحاد فعلى وظيفى بين خلايا أى عضو وأبعد من ذلك فى بعض حدود وقد يؤدى تلف أى كتلة خلائية الى حرمان القطع السليمة من وظيفتها أى أنه لا يوجد حرمان فقط ولكن ربما يوجد بعض من نوع اتحاد فعلى مرضى أى بهذا المبـدأ يمكن أن تمتد الافة الاصلية ويمكن أن تصير خطرة تدريجيا بدون ان يكون هناك ضرورة لتوسط عامل ضار خارجى جديد

وقد أورى Noel Fiessinger أنه عند ما يتعدى التلف الخلائى لبعض سماكه قد يتولد فى البنية من امتصاص الخلايا المحالة عامل على شكل مادة الدفاع الكبدى نتيجة تلف الخلايا السليمة ويعمل بالجملة على كسر موازنة تتابع الدفاع العضوى وتقدمها ويعبر عن ذلك بقوله أن البنية المريضة لا تدافع كثيرا عن كبدها ولكنها تدافع عن نفسها ضد هذا الكبد وبحسب فكرى أن المرض التدريجى الغير قابل للشفاء فى أحوال نقص الكفاءة الكبرى الكبدية ليس له سبب رئيسى سوى ذلك وبهذا السبب يستعصى الشفاء رغماً عن كافة الينابيع العلاجية المضادة للتسمم

ويظهر فى هجوم وفى سير هذا النوع من نقص الكفاءة الكبدى Massive علامات اكلينيكية عامة دائمية هى النحافة السريعة التدريجية بدون سبب ظاهر وجفاف كل من الجلد والاغشية الباطنية جفافا مميزا وجفاف الاغشية المخاطية يكون مهما بحيث يستلفت النظر ويأخذ فى الغالب حذاء الفم لونا أحمر ناصعاً ومعنى هذه الاعراض الثلاثة جفاف البنية التدريجى الناشىء من اضطراب غذائى عصبى أسبابه لا تفهم فى الغالب ومع عدم وجود الاسهال يحصل بالعكس نقص فى الادرار البولى وتنزل الحرارة الى أقل من ٣٦،٥ وهذا النزول يكون علامة مهمة لنقص الكفاءة الكبدية الكبرى الغير مصحوبة بمضاعفات عفنة وبالتحقيق عندما تهبط يستدل على مضاعفات أضيفت حديثا الى مضاعفات عفنة كالتعفنات الحادة والدرنية

وبجانب هذه العلامات السابقة علامات أخرى ثانوية هى زيادة النبض ونزول الضغط الانقباضى Maxima نزولا سريعا مع انخفاض ضغط النبض الذى يدل على الفرق بين الضغط الانقباضى والتوتر الانبساطى ويحصل أيضا تكرارات هضمية لفقد الشهية المطلق يعقبه اسهال أو امساك والاعراض الكبرى لنقص الكفاءة الكبدية الكبرى تتجمع بكيفية مختلفة ولذا يجمل دراستها اكلينيكيا ويجب أن نشرحها ببعض اسهاب ليسهل فهمها

(١) العارض اليرقانى Syndrome Icterique — هو من الأعراض الكثيرة الوضوح ولو أن وجوده يكفى لاثبات نقص الكفاءة الكبدية الكبرى الا أنه لا يكون مميزاً لها تماماً حيث يشاهد فى الاشكال الاخرى لنقص كفاءات الكبد الحميدة العاقبة فى اليرقانات النزلية الحميدة . ويتصف هذا اليرقان بكونه

أولا — يرقان تام مصحوب باحتباس المواد الملونة والحوامض الصفراوية كما اثبت ذلك فحص البول بدون أن يلاحظ قط فى الاشكال الخطرة منه شىء من العلامات الكثيرة الحصول كنتيجة التسمم بالحوامض الصفراوية وصفراء

الدم Cholalémie كالاكلان وبطء ضربات القلب Bradycardie

ثانياً — أنه قابل للانحلال dégressif وتنقضى شـدته كلما أزمن نقص الكفاءة وقرب الشخص من الموت وهذه الصفة من العلامات المهمة واليرقان الذى تنقص شـدته بمجرد نقص البول فى كميته ويوقع المريض فى حالة تنفس هو يرقان يدل على خطورة الحالة وهذا المبدأ تميل النظريات الحديثة لتوجيه النظر اليه ويقال ان Marcel brulé دافع بكفاءة عن الرأى القائل بان الخلية الكبدية — بالمعنى الحقيقى — لاتؤدى الا وظيفة عضو مفرز للمواد الملونة والحوامض الصفراوية المكونة خارجه ويقارن الوظيفة الكبدية بالوظيفة الكلوية ففى التسمم البولى تتجمع البولينا فى مصل الدم لان الكلية لاتكفى كثيراً لافرازها وفى اليرقان تبقى المواد الملونة للصفراء والحوامض الصفراوية فى مصل الدم أيضاً لان الخلية الكبدية ليس فيها الكفاءة لاستخراجها ولكن بهذه المقارنة كان يجب أن يزيد اليرقان فى الشدة كلما زادت الآفة الكبدية فى الخطر وهذا عكس ما يشاهد وهو يبرهن اكلينيكيا على وظيفة الخلية الكبدية فى عمل الصفراء La Biligénie

ثالثاً — يصطحب غالباً هذا اليرقان بعدم تلون المواد التفلية ولكن عدم التلون هذا يكون قليل الثبات كثيراً ولا يكون كاملا الا فى اليرقانات الحميدة وقد شرح Hanot زوال الافراز الصفراوى فى بعض الآفات الكبدية المصحوبة بنقص كفاءة الكبد حيث يختفى فيها على حـد سواء كل من اليرقان الجلدى وصفراوية البول Bilirubinurie وعدم تكون المواد التام وعلى حسب رأيه أن هذه الاكباد لاتشتغل مطلقا أى مادة ملونة للصفراء ولكن ruls خالفه بأن فقد المواد الملونة للصفراء Acholic pigment لا يكون تاما لانه ولوكانت هذه المواد غير ملونة الا أنها تحتوى على صفرتها الخاصة stercobiline بكثرة ويحتوى البول دائمـا على صفراء البول Urobilinique اذ يحصل فقط تحت

يرقان بولى Urobi line ولا نشاهد الزوال التـام لآثار كل من المواد الملونة الطبيعية أو المتنوعة والاملاح الصفراوية فى البول وفى المو د الثقلية الا فى الدور النهـائى للسيروزات الكبدية Brault et Garban ولم يلاحظ قط Noel Fiessinger فقد الصفراء التـام الذى بينه هانوت فى سير نقص الكفاءة الكبدية الكبرى للكبد

العارض النزيفى Syndrome hèmorragique لا يخفى وظيفة تأثير الكبد على قابلية الدم الى التجليط Action du foie sur la coagulation du sang فاذا حصـل نقص كفاءة الكبد يوجد هـذا العارض بكثرة ومتى وجدت الانزفة تكون من العلامات القيمة لنقص الكفاءة ويمكن تقسيم هذا العارض الى مجموعتين الانزفة المخيفة . والانزفة النهائية

أما الانزفة المخيفة أى المقلقة فهى التى تقلق بال المريض وتستلفت نظر الطبيب واذا كان الرعاف عاديا فى أمراض الكبد فلا يقل عن البوربورا purpura حذاء الاطراف السفلى وظهور كل من البقع الحمراء النمشية أو الايكموزات فى النقط المنجدرة فى الجسم تكون عرضا ذا أهمية ولكنها لا تعنى لزومية الوقوع فى خطر يرقان خطر وقد شاهدها Noel Fiessinger على الخصوص فى نوعى اليرقان النزلى المستطيل المدة واليرقان ذى الاصل السام الذى يعقب أكل التوابل مع أن هذين النوعين لا يوجد فيهما قط أى علامة من علامات نقص كفاءة الكبد

كما انى أقول بهذه المناسبة لعل المرض الجلدى المسمى بالجرارية strop hulus الذى يظهر عند بعض الاشخاص أو الاطفال ويكون عبارة عن بقع وردية حمراء مختلطة مصحوبة باكلان جلدى أو بشبه الابخرية عقب أكلهم الاشياء المملحة بكثرة كالجبن العتيق واللحوم المتعفنة كالفسيخ مثلا ويشفى بالحمية والمسهلات ليس الا نوعا من نقص كفاءة الكبد الوقتى أو المحرض وفيها

وظيفة الكبد القائمة على اتلاف المواد السامة وحماية البنية تكون مضطربة .
وقد شرح حديثا وباسهاب[1] كل من Petrone et pagan ، وظيفة الكبد
ضد الحالة السامة Antttoxique الناشئة من المتحصلات المعوية

وأما الأنزفة النهائية فلا تحصل الا فى الادوار المتقدمة ولهذا السبب
تكون أحد العوامل فى اعطاء الانذار الخطر ولا تقل الانزفة تحت اللثة عن
الأنزفة المعدية والمعوية والرحمية وحتى البول الدموى كما شاهد ذلك كل من
Noel Fiessinger مع زميله Dr. Durand et D. Cornelui فى حالتين أحداهما
فى حالة سيروزكوهى والثانية حالة انتهاء يرقان حاد من طبيعة سامة . أقول وقد
شاهدت أيضاً حالات أنزفة معوية وبولية عند مصابين ببلاجرا وبلهارسيا
متقدمة مع تمدد اجامى فى الطحال وكان الكبد فيها اما ضامراً Atrophique
أو متمدداً Hypertrophique فارجح جداً أن هذه الانزفة لم تكن الا نتيجة
نقص كفاءة الكبد المتقدمة وآسف من أن المعامل بمستشفيات الارياف ليست
واسعة النطاق ان لم تكن فى حكم العدم لامكان اثبات ذلك وهذا ما دعى الى
الترجيح

ويعتبر Gouget وغيره ان الأنزفة الهضمية فى سير مبدأ هجوم السيروزات
تكون مرتبطة بالظواهر المرضية لنقص كفاءة الكبد ويفسره بان هذه
الظواهر النزيفية المرضية تكون مجتمعة مع علامات نقص كفاءة الكبد الغير
مشكوك فيها كاليرقان التحت حاد ومجموعة الأعراض البولية وغيرها ولهذ
الاعتبار فى حد ذاته نظائر فى المشاهدات الاكلينكية الجارية ولا يمنع ذلك
من تداخل زيادة توتر الدورة البابية . ويكون الانذار أقل خطراً عند ما توجد

---

(١) الجزء الثانى من كتاب الفسيولوجيا الطبية الجراحية للاستاذ Charles
Richet طبعة سنة ١٩٢١ صحيفة ١٠٤٤

الانزفة الهضمية بمفردها بل وربما يشفى المريض وتنمحى علامات نقص كفاءة الكبد عند ما يكون النزيف المعوى هو العرض الوحيد المتسلط بشرط الراحة المطلقة والعلاج الشديد

وتفسر هذه الانزفة بوجود عارض مرضى دموى [1] يمكن تمييزه بسيلان الدم زمنا طويلا يتعدى ٦ : ١٠ دقائق عقب تشريط شحمة الأذن وبالبوبورا المحرضة عقب الربط حذاء ثنية المرفق حيث يتأخر تجلط الدم الوريدى تأخراً يستحق الذكر يتعدى ست الى سبع دقائق وعدم رجوع الجلط مع نقصان عدد الهماتوبلاست فاذا نقصت هذه العلامات يتخلى السبب الهيمانيكى للانزفة وحينئذ يشتبه فى تلف الجدر الباطنة للاغشية الوعائية

العارض العصبى Syndrome nerveux — كل من الانحطاط مع التنفس والهزيان الهادى ثم الكومة فى آخر الأمر هى العلامات التى تستولى تقريبا دائما على المرضى ويندر وجود علامات تنبيه مع نوب تشنجية أو هزيان . وقد شوهدت فى بعض الحالات آلام حادة فى القسم القطنى كان محلها الكتلة العضلية ويمكن أن تصطحب بتصلب فى الظهر بدون اشتباهها بالآلام الناتجة عن أى حالة سحائية

العارض البولى Syndrome Urinaire — يعلم من بحث البول مايأتى : — يلاحظ نقص واضح وتدريجى فى كمية البول المتفرزة فى الأربعة وعشرين ساعة حيث تنزل هذه الكمية الى أقل من ٥٠٠ سنتيمتر مكعب فاذا زادت كمية البول زيادة فجائية كان ذلك دليلا دائما على تحسن حالة الكبد وعادة يكون البول مركزاً ذا لون مهجونى داكن ويحتوى تقريبا دائما على كمية من

---

(١) قد عمل حديثا كل من P.Emile Weill et Isch- Wati ابحاث ذات فائدة عظمى لهذا الخصوص فى (جريدة العمليين عدد ٢٨ بتاريخ ١٥ يوليه سنة ١٩٢٢)

الزلال وربما دله ذلك على وجود تلف كلوى أضيف على نقص كفاءة الكبد واذا بحث البول كيماويا دلنا على المعلومات الهامة الآتية : —

نقص كمية البولينا المتفرزة فى بحر ٢٤ ساعة نقصانا واضحا وتدريجيا حيث تصل الى اقل من ١٠ جم

العامل المتكرر لعمل البولينا الذى قدره Maillard برقم ستة يرتفع الى ١٢ تقريبا

يرتفع مقدار النوشادر البولى اذ يمكن وصوله الى ٣ جم

ارتفاع مشتقات كل من Cétogene et Cétonique

واخيراً يشاهد فى البول خلاف البلورات الواصفة للوسين والتيروزين ارتفاع هائل فى نسبة الازوت التى بينها كل من Marcel La bbe et Bith بالمعادلة الآتية : —

$$\frac{\text{آزوت الاجين}^{(1)}}{\text{الازوت العمومى}}$$

ويشتمل البول ايضا على الابروبيلين والاملاح الصفراوية اما الأولى فتبحث بواسطة المنظار الطيفى [٢]

---

(١) يطلق اسم Amines على القلويات العضوية التى تشتق من النوشادر بانضمامه الى الاصول الكؤلية واستبداله جزئين أو عدة جزئيات من ايدروجين النوشادر أى تصاعد العناصر المائيــة ولذا قسمت الى Monamines Diamines et Triamines على حسب جزئيات النوشادر الذى يدخل فى التفاعل (يراجع الكيميا العضوية) وحيث ان هذه التفاعلات تحصل فى البول فيمكن ان يعرف الازوت فيها باسم الازوت البولى

(٢) نبحث الايرو بيلين بطريقة Hayem بواسطة المنظار الطيفى الذى يظهر فيه خط أو شريط أمتصاص فى الجزء الايمن من المنظار وذلك بعد اضافة

وأما الثانية فتبحث بواسطة كشاف Pettenhofer [١] الكيماوى أو وهو الاحسن بكشاف Hay [٢] المؤسس على أظهار نقص الكثافة السطحية عمليا بواسطة زهر الكبريت

ولا فائدة من الجرى وراء الابحاث الوظيفية الطويلة [٣] لاثبات نقص الكفاءة الكبرى للكبد انما عند الاحتياج يبحث افراز زرقة الميتيلين المتقطع Glaucurie أو عدم كفاية افراز حمض [٤] Acid G lyeuronique بواسطة

خلات الزنك لتلوين الصفراء .

(١) كشاف Petten Cofr — يتضمن اذابة السكر فى البول ثم معاملته بحمض الكبريتيك فيظهر اللون البنفسجى الخاص بالحوامض

(٢) كشاف Hay ـ هو مختصر ومفيد ولكن يحتاج الى دقة واعتناء و بول طازه ومحل قليل النور وهو مؤسس على انخفاض الكثافة بسبب وجود الاملاح الصفراو ية فى البول فاذا وضع زهر الكبر يت على البول فانه يقع فى قاع زجاجة البحث على هيئة نقيطات غاطسة و يلاحظ ان كل من المواد الصابونية والبيقون والبوليبتيد Polypeptides وبعض حوامض أمين تخفظ ايضاً الكثافة السطحية للبول وهذا من أسباب خطأ هذا الكشاف فليلاحظ ذلك

(٣) يوجد عدة طرق لاثبات نقص الكفاءة الوظيفية للكبد والقليل منها يكون سريع الاجابة سهل التنفيـذ والكثير غير مؤكد حيث أن الباحث يكون غير مرتاح لتحديد طبيعة اسباب الخطأ فى كل كشاف اذ لا يخفى ان كثيرا من العناصر الفسيولوجيـة ومن ضمنها ما كان ناشئا من الامتصاص المعوى ويخرج بالكلى يكون له دخل فى البحث .

(٤) كشاف Acid Glycuronique provpué المحرض وضع فى سـنة ١٩١٥ بواسطة Roger et Chiray ويختصر فى اعطاء الكافور بالطريق الجلدى أو المعوى والافضل المعوى حيث يوجد على شكل كبسول من الجلاتين تحتوى كل واحـدة على ٥٠ ر٠ سم من الكافور المسحوق بواسطة حجر السحاق ثم يؤخذ البول كل ساعتين على الاقل و يقدر ما اشتمل عليه من حمض الجليكونور يك بطريقة مقاس اللون Chromomètre حيث يبين به سير افراز الحمض المذكور الذى يكون منخفضا او معدوماً فى نقص كفاية وظيفة التصر يف و يعتبر هذا الكشاف ضمن البراهين الاكيدة لنقص وظيفة الكبد .

الـكافور لانها تؤدى معلومات نافعة

العارض الدموى Syndrome sanquin ـ يوجد من جهـة الدم تلفيات يمكن ان تدل على نقص الـكفاءة الخطرة للكبد ولا يمكن اكتشاف اثر بعض هـذه التلفيات الا بطريقة صعبـة وقد لاحظ كل من Whipple, Mason et Peightal أرتفاعا يستحق الذكر فى كمية الخميرة الدهنية المصليـة Lipase sérique بواسطة كشاف دهنيات الاتيل Butyrate d'hétyl كما أن كل من Noel Fiessinger a, Robin et Broussolle تحقق وجود خمـاير مذيبة للمواد الزلالية والاولية دفاعا للـكبد Ferments protéo ly tiques antihé patiques وذلك فى مصل يرقان خطر بواسـطة طريقة مرور المواد الذائبة خلال الروائى ورق اكبر شمان Dialyse

الاشكال الا كلينـكية لنقص الـكـفاءة الـكبرى للـكبـد — لنقص الـكفاءة الـكبرى للـكبد جمـلة أشكال اكلينـكية يمكن تميزها بحسب تسلط أحد العوارض المرضية السابقة على الآخر فمنهـا : (١) الشـكل العصبى المصحوب بانحطاط وكوما ويشاهد فى الدور النهائى لبعض السيروزات (٢) الشـكل النزيفى الذى يتضح فقط بظهور الانزفة الغزيرة للقناة الهضمية بدون وجود أى عرض آخر (٣) الشـكل الخلقى للانسجة Acidosiqué وهو أنواع : — فمن المرضى من يكون عنده علامات عصبية كالشلل النصفى وسقوط الاجفان العليا ptosis ثم اما كوما (حالة M. Labbé et Boumgartener) واما هزيان (حالة Klippel) ومنهم من يحصل له قىء مستعصى كما يحصل للحوامل مع عسر فى التنفس وآلام عصبية شراسيفية وسرعة فى ضربات القلب وآلام فى الرأس (حالة كل من J. Hutinel. M. Labbé et F. Nepveux) وفى هذا الشكل يكون البول خلونى قوى Acétonurie أى يستكشف فيه الملون وتـكون العلامة المتسلطة وينضم معه الايروبيين والنوشادر البولى وزيادة الازوت الثابت فى الدم

« نقص الكفاءة المتوسطة للكبد »

فى نقص كفاءة الكبد كما فى أى مرض آخر من الصعب تحديد درجات الظواهر المرضية ويمكن أن يقال بطريقة عامة أن جميع الاشكال التى توجد بين الاشكال الشاغلة لمجموع وظائف الكبد ذات الاعراض الواضحة جداً وبين الاشكال الخفيفة التى لا يمكن اكتشاف أثرها الا بواسطة طرق الابحاث المختلفة يطلق عليها اسم نقص كفاءة متوسطة للكبد . ويميز منها شكلان كبيران بالنظر الى صفاتهما ومبدأ ظهورهما وهما نقص الكفاءة الضمورية ونقص الكفاءة اليرقانية

(١) الشكل الضمورى لنقص الكفاءة المتوسطة للكبد — يتصف هؤلاء المرضى بالنحافة والهياءة الكاشكسبية واصفرار ملتحمة العينين اصفراراً خفيفاً واحتواء البول على كمية قليلة من البليروبين ويكون الجلد والاغشية ذات لون هبابى داكن أى أن هؤلاء المرضى يكونون مصابين بحالة يرقان مع البول صفراوية Urobilinurie ورغما عن احتواء البول على الحوامض الصفراوية الا أنه لا يشاهد الاكلان الا نادراً وكذا بطء ضربات القلب ولم تكن المواد البرازية عديمة اللون تماما بل يكون لونها سنجابيا وبعد بضع ساعات تحاط بهالة حمراء ناشئة عن تأكيد صفراء البراز stercobilinogéne وربما يلاحظ أيضاً عند هؤلاء المرضى ميل خفيف الى النزيف كالرعاف أو بعض بقع نزفية تحت الجلد بوربورية الشكل ويغلب حصول تكدرات عصبية ملطفة وتعب مصحوب بضعف عصبى وحالة ضعف عقل Psychasthenie ومن جهة التوتر الشريانى فينخفض التوتر الاعلا كثيراً والتوتر الاصفر قليلا واذا بحث البول يشاهد وجود الايروبيلين أو الخميرة البولية الصفراوية Urobilinoqene مع أو بدون وجود الاملاح الصفراوية ويرتفع المعدل التباينى للبول لمبارت Maillart الى ١٠ تقريباً ويوجد غالباً سكرية البول Gly cosurie

Postprandéale أو ما يسمى بالبول السكرى الناشىءمن عطل الوظيفه الكبدية لجلبرت an hepatie du P. Gilbert أو سكرية البول الغذائيـة واما ظاهرة تقطع زرقة المتيلين Glaucurie فانها تكون متقطعة ولا يعقب اعطاء الكافور للمريض افراز حمض الجليكونوريك ويلاحظ اذا بحث الدم زيادة فى كمية الازوت الراسب Az résiduel وارتفاع قيمـة جليكوزية الدم Glycemie لكل من (Ohauffard, Brodin et Fizine)

(٢) الشكل اليرقانى لنقص الكفاءة المتوسطه للكبد — تتصف مجموعة الظواهر المرضيه لهذا الشكل بكل من اليرقان النزلى الحميد واليرقان العفن الحميد واليرقان التسممى وهى فى الواقع نقص كفاءات للكبـد . وليس منشأ هـذه اليرقانات آفات القنيوات الصفراويه كما يقوله البعض ولكن منشأها التهابات كبدية خلائيه ويفسر فيها اليرقان بالكيفيه الآتيه التى لا شك فيها وهو انه تتأتى من استحالة الخليات الملتهبه مواصلات قنوية خلاليه تتوسط فى ضم القنيوات الصـفراويه بين الخلايا مع المسافات الخلاليـة تحت آدمة الاوعيـة الشعرية الدمويه وبهذه الواسطة فان الصفراء الطبيعيه المتكونه من الخلايا العديده السليمه تمر فى هـذه المسافات الخلاليه ويوجد اليرقان وهذه اليرقانات تكون تامة ابتـداء ومكونة من المادة الملونه ومن الحوامض الصفراويه ولكن يشاهد احيانا كما بين Boulé تشتيت هـذا اليرقان فى الدور الانتهائى ولا يتخلف عنـه الا احتباس المواد الملونه أو احتباس الحوامض الصفراويه

وعلامات الاستقصاء التى يستدل منها على أن هذا اليرقان هو نتيجة نقص كفاءة الكبد هى افراز زرقة المتيلين المتقطع وجليكوزية البول الغذائيـه ونقص كفاية أفراز حمض الجليكو نوريك المحرضه (Chiray) وصدمة انقلاب

التوازن الهضمى لـكل من[1] widal, Abrami ou Jancovesco اجزاء فقد قوة الدرتين anérgie tubercu linique التى يوضحها التـأثير السلبى لقوة العدنين Noel Fiessinger et Paul Brodin

ورغما عن ظهور اليرقان الحميد جداً فان هذه الاعمال تفسر وجود التهاب كبدى انحلالى مصحوب بنقص فى كفاءة الـكبد ومع ذلك فان أحسن برهان لها هو حصول نوبة البحران البولى النهائى المصحوب بزيادة الـكلورور البولى والازوت البولى كما هو مشاهد عقب جميع التلفيات الحادة للـكبد وقد قدمت

---

(١) لاجل بحث وظيفة الكبد ضد التسمم قد وجد كل من M. M. Widal, abrami Jancovesco طريقة مشهورة فسيولوجية وحساسة اطلق عليها اسم برهان صدمة التوازن الدموى الهضمى وهى مؤسسة على وقوف وظيفـة الـكبد فيما يتعلق بهضم التيبون والزلاليات ولما كان امتصاص المواد الزلالية على الاخص يتم فى الامعاء على حاله حوامض امين أو بوليتسيتيد فاذا ترك الغشاء المخاطى المعوى من جهـة جزئيات تالفـة ذات حجم كبير نوعا تمر من خلاله كالديسـمونه وخصوصا البتبون المعروفة بالتجربة من عهد بعيد قوته السامه للوسط الدموى و يحدث ما يقال له صدمة التوازن الدموى الغرائية كما أثبت أعمال و يدال والتى تكتشف بوضوح ظواهرها بالعلامات الا كلينكيه فاذا كان الـكبد فى حالة الطبيعة فانه يوقف عمل هذا التيبون الواصل اليه والا اذا كان مصابا بنقص فى كفاءته فان جزئيات التيبون تصل الى الوسط الدموى رغما عنه و يتأتى عنها الصـدمة الدموية التى تتصف بنقصان عدد الـكرات ايضا Leu copénie وانعكاس معادلة الـكرات ونزول الضغط الشريانى وتكرر التجاط الدموى . ولاجل عمل هـذا البرهان يترك الشخص بدون اكل من الساعة الخامسة ثم يعين مقاس العناصر التى تتنوع أثناء النوبة الغرائية وهى على الاخص العد المثينى للـكرات ايضا والضغط الشريانى و بعد ذلك يعطى للشخص ٢٠٠ : ٣٠٠ جم من اللبن ثم يكرر مقاس العناصر المذكوره كل عشرين دقيقه وتقابل ببعضها حتى يحكم على المعدة بوجود وقوة تغير التوازن الدموى الوعائى فى الاحوال التى يظهر فيها الـكبد عدم كفاءة وهذه الطريقة دقيقة وتسمح بتوربة تكدرات نقص كفاءة الـكبد ولو كانت خفيفة جدا

البراهين الاولى التى تثبت بان هذه اليرقانات الخميرية هى من طبيعة كبدية كما درس P. Chauffard هذه النوبة البحرانية والعلامات الصغيرة لنقص كفاءة الكبد التى تصحب مبدأ ظهور اليرقان النزلى الحميد

ويشاهد فى هذين الشكلين الاكلينيلين من نقص كفاءة الكبد المتوسطة الاعراض الآتية وهى فقد الشهية الكثير أو القليل الشدة والهضم الشاق مع ثقل وتطبل البطن والامساك العادى والانزفة المتواترة وألم الرأس وتحت اليرقان والتنفس والميل الذى لا يقاوم الى النوم والاكلان الشديد والضعف العصبى ويطلق Carriere على جميع هذه الاعراض اسم الاعراض الكبدية الصغرى hapetisme Petit تشبيها لما يسميه Dieulafay باسم أعراض برايت الصغرى Brightisme Petit الاشكال الاكلينيكية الاخرى لنقص الكفاءة المتوسطة للكبد — يميز أيضا Roger glénard الاشكال الآتية (١)

(١) الهيباتيسم المصحوب بتسمم ذاتى بولى (Hepatisme Uricemique) يشاهد عند الاشخاص الدمويين ذوى المزاج الدموى والسمان المتشحمين مع زيادة فى حجم البطن والمفرطين الذين يجهدون أكبادهم فى زيادة عملها tip.ıı hype hé patie Proteolytique حيث فى هذا الشكل يحصل تكدرات وظائف اذابة المواد الاولية والزلالية

(٢) الهيباتيسم المصحوب بتسمم دموى صفراوى Hepatisme cholemique مرضى هذا الشكل يكونون ذوى لون مصفر مع نحافة وعسر هضم مصحوب بامساك ويتهيجون لاقل سبب وعندهم البطن رخوة مع سقوط معوى وضيق معوى

(٣) الاشكال العقلية — يلاحظ فى نقص الكفاءة المتوسطة للكبد أشكال عقلية تظهر بصورة ملطفة فتستشعر المرضى بفوران ميلاخولى مع

---

(١) جريدة الاستباليات نمرة ٣٧ فى ٢٠ - ٢٢ ابريل سنة ٩٢٠ - العلامات الصغرى للاعراض الكبديه

تعب ادبى وعدم قابلية للشغل وادوارارق مع احتباس شديد بالتعب وشاهد laignel Lavastine اشكالا متزايدة تظهربوجود هزيان دورى متقطع بشكل هواجس له ارتباط بنقص كفاءة الكبد كما أنه من وجهة أخرى Klippel ذكر ان نقص الكفاءة كثير الحصول عند المصابين بامراض عقلية

(٤) الشكل الديابيطى ويطلق عليه أيضاً اسم ديابيطى عطل الوظيفة الكبدية لجلبير وويل[١]

Diabete par anhè patie de Gilbert et Weil — يتضح هذا الشكل بسكرية البول المتقطعة عند مايفحص البول وهى تتواجد فى ساعات الطعام ليس الا ووضعت فى صف سكرية البول الهضمية من وقت ما علمت نقص الكفاءات الكبدية المحققة فى سير امراض الكبد وفى الواقع تعرف بسكرية البول الهضمية لا الديابيطى السكرى حيث لم يشاهد قط فيها العلامات الكبرى له فلا يوجد فيها الميل لكثرة تعاطى الطعام Polyhagie ولا ادرار البول ولا الميل لاخذ المياه — العطش — Polypdipsie ومع هذا يوجد فيها عوارض صغرى للديابيطى كالتهاب اللثة الطفحى والدمل والغنغرينا الخ

(٥) الشكل المتعاصى ويسميه الانكليز الكبد التور بيدى Foie torpide واعراض هذا الشكل غامضة جداً وتساعد على الشكوك حتى أنه من مجموع الظواهر المرضية يتوجه الفكر فى الغالب الى حالة ديسبسيا عصبية بها تظهر اصابة الكبد ثانوية جداً وفى الصف الثانى وهو يشاهد عند المرأة وتنحصر الاعراض فى فقد الشهية والهضم الشاق وتعاقب الاسهال بامساك واللسان وسخ ومتعجن واللون ترابى وبالبحث يرى انتفاخ معدى معوى وعادة ينحف هؤلاء المرضى بسرعة وتظهر عندهم آلام صداع فى كثير من الاوقات . اقول وقد شاهدت هذا الشكل عند سيدة عقب الوضع وكان العرض الوحيد

---

(١) Gilbert et Weil الاسبوع الطبى سنة ١٨٩٩ موضوع الديابيطى السكرى الناشىء من العطل المزمن للوظيفة الكبدية

المستولى عليها هو آلام بالرأس وكانت باقى الاعراض الاخرى ثانوية واستعملت لهذه الالام كثيراً من المسكنات بمعرفة بعض رصفائنا الاطباء ولما حضرت لعيادتى وبحثتها استلفت نظرى لون تحت يرقانى خفيف جداً وبصلية العينين واستنتجت ان هذه الآلام لا بد وان تكون صفراوية ولها تعلق بالكبد فامرت لها بمركبات قلوية ومدرات للبول مع حمية البنية فشفيت الآلام وصارت مسرورة وكانت تعاودها الآلام فى أوائل الأمر بمجرد استعمال اغذية غير موافقة ولكنها بعد ذلك انتهت

(٦) الشكل التسممى — يشاهد فى سير بعض الالتهابات الكبدية الانحلالية Dégénératives الحادة أو التسممية كالتسمم بالكلوروفورم عقب العمليات الجراحية على البطن[1] وبعض الالتهابات الكبدية العفنة والعرض المتسلط فى هذا الشكل هو الانتفاخ الغازى العظيم المعدى المعوى المصحوب بتحت يرقان مع بول مهجونى اللون شديد ولا يوجد القىء دائما والنبض يكون طبيعيا والمواد البرازية ملونة ويظهر لنا دائما ارتاباط الانتفاخ الغازى بالتحت يرقان ارتباطا دقيقا ويفسر مبدأ ظهور نقص كفاءة الكبد بنفس التفسير الذى يرى فى هجوم السيروزات حيث يكون عاقبة الانتفاخ الغازى الاستسقاء . ويفسر نقص كفاءة الكبد بمجموع الظواهر المرضية الهضمية

(٧) اشكال نقص الكفاءة المتوسطه ذات الاعراض الصغرى

---

(١) مشاهدات سعادة رصيفنا الدكتور ظيفل باشا حسن فى العدد الثالث من المجلة الطبية مارس سنة ١٩٢٢ صفحة نمرة ١٢٥ (الكلور و فورم تأثيره بعد العمليات) لعله ما شوهد من الاعراض التى تنشأ عن نقص فى كفاءة الكبد من هذا الشكل لأن سعادة صديقنا لم يبين ما اذا كان ما أجراه منه وهل بحث البول كان بسيطا أو بيولوجيا فان البحث البسيط لا يبرهن على وجود أو عدم وجود نقص كفاءة كبدية .

Monosymptomatique للدكتور Damany[1] يميز منها أربعة اشكال النزيفى والعصبى والارتشاحى Hybropigéne والكاشكسى

اما الشكل النزيفى — يظهر هذا الشكل فى سير آفات الكبد ويتصف بحصول بعض انزفة تحت الجلد purpura وكذا الرعاف فان Noel Fiessinger شاهد عند أحد زملائه حالة غير قابلة للشك وهى انه عقب نزلة معويه دوسنتاريه تخلف عنها تحت يرقان وفى الزمن عينه كانت أصميـة الكبد متزايدة ثم ظهر رعاف مفرط اضطر الحال لا يقافه باستعمال السد الجراحى — نعم انه كان يوجد عند هذا الشخص زيادة قديمة فى درجة التوتر الشريانى الاعلا بدرجة متوسطة وهذا بالطبع يساعد على زيادة كثرة النزيف ولكن السبب الحقيقى يجب أن يوجه الى نقص كفاءة الكبد التى اعقبت النزلة المعوية كما يثبتها تأخير تجلط الدم الوريدى ١٢ دقيقة

اما الشكل العصبى فهو نادر جداً وقد بين Damany فى اعماله شكلا مصحوبا بألم فى الدماغ وشكلا هزيانيا وشكلا تشنجيا .

وأما الشكل الارتشاحى — يقال أن هذا الشكل نادر ايضا ولكننا رأينا منه حالات فى اعمالنا الطبية وهى كما وصفه Damany بقوله :— ليس من النادر ان يأتى الى عياداتنـا مرضى رجالا كانوا أو نساء يشكون فقط أو تقريبـاً باوزيما فى الساقين مع ثقل فيهما فاذا بحثنا المجموع القلبى الوعائى لهؤلاء المرضى نجدهم غير مصابين بدوار ولا بآفات قلبية وخالين من كل آفة دائرية أو مركزية متعلقة بالجهاز الدورى كما اذا بحثنا عن مجموع الاعراض البولية عندهم نجدهم غير مصابين بالتهاب كلوى حاد او مزمن ولا التهاب حاد للغدد الكلويه وهم

---

(١) العجالة الطبية ٢٣ مايو سنة ١٩١٤ العدد ٤ صحيفة ٣٨٠ : ٣٩٠ . نقص الكفاءات الكبدية ذات الاعراض الصغيرة . والمجله الطبيه الصادره فى يوليه سنة ١٩١٤ صحيفة ٥١٥:٥٢٩ الالتهابات الكبديه الارتشاحيه .

ايضاً خالون من كل كاشكسيا وليس عندهم سوى اوزيما ممتدة كثيرا أو قليلا .
أماقى الاجزاء المتحدرة من الجسم أو الجسم باجمعه ففى هذه الحالات متى درست الوظائف الكبديه وعرفت كيفية افراز البولينا وبحث على الايروبيلين وأيضاً سكرية البول المحرضة يفهم سبب هـذه الاوزيما جيدا ويعرف انها نشأت من نقصان وظيفة الكبد غالبا واذا اخرجت من هذا النوع الاوزيما المتسببة من آفات بعيدة أو الاوزيما الخاصة بالدور المؤكد للسيروزات تبقى هذه الاوزيما التى تكلم عنها Lee Damany والمصحوبة بعلامات الاضطراب المعدى كفقد الشهية واللسان الوسخ والثقل او الالم فى القسم الشراسيفى والقىء المصحوب بالتعب العمومى وتتميز هـذه الاوزيما بانها قابلة للامتصاص والزوال بسهولة خلافا لانواع الاوزيما التى تشاهد فى هجوم السيروزات فانها تحصل عادة بالتدريج وتكون غير قابلة للشفاء وقد أورت ابحاث Roger [1] ان هذه الاوزيما ذات الاصل الكبدى يمكن تفسيرها بانه يحصل هضم ذاتى للخلايا الكبديه Autolysats ينشأ عنه نقص واضح فى كمية البول ومن هنا يتأتى احتباس فى البولينا التى ترتشح فى الانسجة وتتولد الاوزيما عنها ويكون حصولها بعيداً عن كل تكدر ميخانيكى وهذا هو السبب الذى يعطى لداماني الحق بتسمية هذا الشكل بالالتهابات الكبديه الارتشاحيه .

اقول وقد رأينا هذا الشكل فى اعمالنا الطبية عند مرضى بعضهم لم يكن عنـده سوى تمدد فى الكبد مع ضعف خفيف فى قوة ضربات القلب ليس ناشئاً عن آفة عضويه به أو بصماماته والبعض لم يكن عنـده علاماته والبعض لم يكن عنده علامات مرضية حشويه واضحة وكان البول خاليا من الزلال ولـكن كميته اقل من الحالة الطبيعية اذ يقدر بنحو ٣٠٠ : ٥٠٠ جم ولا تزيد عن ٩٠٠ جم ولون داكن

---

(١) العجالة الطبية ٢١ نوفمبر سنة ١٩١٨ تأثير خلاصات الاعضاء والهضم الذاتى

والتوتر الشريانى الاعلا منخفضاً وكانت هذه الاوزيما تنصرف بسرعة بمجرد الحميه الليثيه وتعاطى القلويات مع مدرات البول وآخر مشاهدة من هذا القبيل كانت فى ٢ يناير سنة ١٩٢٣ رأيناها مع زميلنا الدكتور كامل أفندى فرج والدكتور نجيب افندى رفله عند شخص منجد عمره نحو الثلاثين سنة تقريبا دخل استبالية الزقازيق يشكو من ورم فى اطرافه السفلى مع ثقل فيهما يجعله غير قادر على المسير ولما بحث كانت هذه الاوزيما شاغلة لجميع الاطراف السفلى وهى جامدة ومتوترة مع أوزيما كبيرة فى الصفن يتهيأ للرأى السطحى انها داء قيلى صفنى والحقيقة خلاف ذلك حيث أن المريض كان عنده قيلة مائية مزدوجة اضيفت على هذه الاوزيما . وهذه الاوزيما ممتدة الى الجزء السفلى من البطن ولم يكن عند الشخص عسر تنفس أو أية آفة أخرى والرئتان سليمتان ولكن يسمع فى القاعدتين الغاط خفيفة ولم يوجد بالقلب آفة عضويه سوى زيادة فى اللغط الثانى والكبد غير متمدد كما انه ليس ضامرا والطحال طبيعى والتوتر الشريانى الاعلا بجهاز تومان كان ما بين ٧٠ : ٨٠ والبول طبيعى خال من الزلال والسكر كميته أقل من الطبيعية وبمجرد ان استعمل هذا المريض الراحة مع الغذاء الحمى وتعاطى المزيج المعرق مع مسحوق الحلبة المركب امتصت الاوزيما سريعاً وزالت الاعراض وفعل له اثناء ذلك بذل الصفن فاصبح عاديا بعد زوال الاوزيما منه وشفى . ثم خرج من الاسبتاليه يوم ١٧ يناير سنة ١٩٢٣ بعد أن مكث ستة عشر يوماً

وقد لاحظ Fiessinger Noel مع Damany مسائل مشابهة لذلك فى مبدأ ظهور السيروزات ولكنها نادرة جداً فى سير اليرقانات الحميدة وقد رأى الاستاذ المذكور مع Dubo بجهة المارن الاعلا سنة ١٩١٩ مريضة صغيرة هى طفلة تبلغ من العمر عشر سنين صحتها تامة وليس لها سوابق مهمه ظهر عليها عقب يرقان ذاتى مصحوب بحرارة ٣٨ + فى المساء تورم فى

الوجه واوزيما فى الساقين واستسقاء خفيف ونقص فى كمية البول وانسكاب خفيف فى قاعدة الرئة اليسرى وظهرت هذه الاعراض بدون علامات قلبية خاصة وبدون زلال فى البول ولما استعمل لها الراحة والغذاء الموافق والمعالجة بالمدرات البسيطة حصل لها بحران من ادرار بولى واختفت الاوزيما والانسكابات المصليه تماما

وقد قال هذا الاستاذ أن الاستسقاء العام الخالى من اليرقان فى هذه المشاهده كان مضاعفة عسرة التفسير لولا تجارب بيير روجه فى المسائل الاخرى الخاصة بدراسة اوزيما الالتهابات الكبديه الانحلاليه فقد فسرتها لنا بانها اوزيما خاصة بنقص كفاءة الكبد المتعلقه بظواهر مرضيه انحلاليه حادة .

وأخيراً فالشكل الكاشكسى — قال Lee Damany عنه انه يكثر فى سير الالتهابات الكبديه المزمنه الاسكاريوزيه ومدته طويله والكاشكسيا هى العرض الوحيد المستولى على المرضى وتبتدأ بنحافة تدريجية مدة طويلة بحيث تكون هى العلامه الثانيه دائماً وتكون العلامة الظاهرة لاجل تشخيص مبدأ ظهور كل سيروز

فمن هذا الباب يتضح التغيرات الاكلينيكيه لنقص كفاءة الكبد المتوسطة وهذه التغيرات هى من الصفات الخاصه بهذه الافة وهذا ليس كل شىء فان Roger Glenard اطال الكلام على مسألة هذه العلامات التى هى غير ثابته دائما بمعنى انها تصيب المرضى على ادوار منفصلة يتخللها اشهر طويله من صحة ظاهريه وبطريقه دورية أى ليس لها طول لحظات اليوم شدة بدرجة واحدة ولكنها تكابد الشدة بنسبه الوظائف الهضميه .

يتبع

حالة يرقان فى ضفدعة مسبب

بيرقة تابا نيدية

لأدوارد هندل

استاذ البيولوجيا بمدرسة الطب

فى شهر ديسمبر سنة ١٩٢٢ بينما كان أحد الطلبة يجرى تشريح ضفدعة أنثى كبيرة الحجم لاحظ داخلها وجود تكوين أسطوانى الشكل ممتد فى الجهة البطنية من جوف الجسم فأحضرها الى وبعد أن فحصتها بدقة وجدت أن التكوين المذكور عبارة عن أمتداد رئوى أشبه بالكيس يحتوى على يرقة كبيرة الحجم تكاد أن تكون تامة النمو . يمكن رؤيتها بسهولة خلال الغشاء المكون لجدران الكيس

ولم يكن الكيس المذكور متصلا بالرئة اليمنى فقط اذ هو أمتداد منها بل انه كان ملتصقا بقاعدته الى السطح الخلفى للكبد بالتصاقات ليفية تدل على قدمه ومكوثه فى هذا المكان مدة كافية من الزمن

ويبلغ طول الكيس نحو ٥٫٥ سنتيمتر وقطره نصف سنتيمتر وهو اسطوانى الشكل رفيع الاطراف

وبعد أن فتحت الرئة وجدت فيها ثقباً لا يزيد عن المليمتر الواحد يوصل داخل تجويف الكيس حيث توجد اليرقه وهى تملأه تماما وكان اتجاهها فيه بحيث كان طرفها الخلفى نحو الرئة . ويظهر هذا الطرف للعين بشوكتيه على شكل زائدتين صغيرتين صفراوى اللون

ولما كان الضفدع يقتل فى المعمل بواسطة الكلوروفورم وجدت اليرقة

المذكورة ميتة طبعا ولكن منذ برهة قصيرة . فحفظتها وأرسلتها الى صديقى الدكتور كيلين من مجمع مولتينو بكامبردج حيث عرفت بانها يرقة تابا نيديه

وبما أنه من المعلوم أن يرق التابانيد هذا هو من آكلات اللحوم التى تأكل اليرق الآخر أو بعض الحيوانات الحلقية أو بعض الرخويات الصغيرة ولم يصل الى علمى حتى الآن بأن مثل هذا اليرق قد يوجد طفيليا داخل حيوان آخر أستنتجت بأن هذه الحالة قد تكون نتيجة تطفل عارضى خصوصا وأننا قد فحصنا نحو ستمائة ضفدعة ولم نعثر على حالة أخرى

ومن المرجح أن الضفدعة قد التهمت اليرقة وهى صغيرة فوصلت هذه الى رئة الحيوان وأحدثت الأمتداد المذكور ثم تعسر عليها بعد ذلك الفرار من جسم الضفدعة من غير أن تمزق الكيس

وأهمية هذه الحالة أنها جديد على قابلية التطبع المعروفة فى كثير من يرق ذوات الجناحين ونحن هنا أمام يرقة عرفت بحياتها الحرة ومع ذلك فقد تمكنت من الأقامة والنمو داخل جسم الضفدعة التى التهمتها

ملاحظة — بعد نشر ما تقدم عثرت على وجود هذه اليرقة فى ضفدعتين اخرتين وكانت موجودة فى التجويف البريتونى ولكن مع الأسف كانت ميتة أيضا نظراً لموت الحيوان بالكلوروفورم فلم أتمكن من تربيتها للحصول على الحشرة التامة ولذا فمعرفة جنس هذه الحشرة لم تزل موضعا للبحث

وأنى أقدم جزيل شكرى للدكتور ديوانى مدرس علم الحيوان بمدرسة الطب الملكية لتكرمة بترجمة هذه المقالة

العلامات الرديئة فى الامراض الحادة

الدكتور حسن كامل بشرا

تابع ماقبله

نقلا عن القانون فى الطب للشيخ الرئيس ابى على بن سينا

(فصل فى علامات تؤخذ من جهة الاسنان) قضقضة الاسنان فى الحميات الحادة وكأن صاحبها يأكل شيئا علامة غير جيدة . من غشيت أسنانه لزوجات دلت على أن حماه تشتدفانه يدل على حرارة شديدة وعلى مادة لزجة بطيئة التحلل تعرض المرضى كل وقت لتنقية أسنانهم من غير عادة جرت دليل غير جيد

(علامات مأخوذة من جهة اللسان والفم وما يليه) اسوداد اللسان فى الأمراض الحادة علامة على الرداءة وجفوف الفم والريق غير جيد واذا يبس أولا ثم خشن مع المنتهى ثم اسود فهو قاتل وخصوصاً فى الرابع عشر واعلم ان شدة نتن الفم فى الامراض الحادة دليل على هلاك . علو الشفة على الاخرى من غيرخلقة علامة رديئة وأيضاً التواء الشفة وقيل اذا بان على الاسان فى حمى حادة كالحمص الأسود أو كحب الخروع فالموت قريب

(علامات تؤخذ من اعضاء التنفس) التنفس الشبيه بنفس الباكى المتقطع الذى يستنشق الهواء فهو ردىء . سوء التنفس والذى للاورام فى نواحى الصدر ردىء

(علامات مأخوذة من جهة الجلد) اذا يبس الجلد بحيث اذا مددته لا يرجع الى موضعه فذلك دليل ردىء

(علامات مأخوذة من جهة النوم) أن يكون النوم نهاراً ليس ليلا علامة ردیئة وأسلم النوم النهارى ما كان فى أوله وان لا ينام فى الليل أو النهار علامة اردأ

(علامات من أعمال اليد) لقط الزئبر والتعرض كل وقت لشىء كأنه يلقطه من نفسه أو من الحائط علامة رديئة والسبب فيه ابخرة تصعد الى الدماغ فتخيل ما ليس لانحدارها الى العين

(علامات مأخوذة من الحركات) كثرة الاختلاط والقلق علامة غير جيدة توثب العليل كل ساعة وجلوسه دليل ردىء وهو لكرب أو لاختلاط عقل أو ضيق نفس وخناق وذات رئة واذا كمدت الاظافر فالموت حاضر

(علامات مأخوذة من الاوهام) اذا كان المريض كثير الخوف من الموت فهو خطر

(علامات مأخوذة من جهة النبض) النبض المطرقى والنملى والشديد المنشارية أو الموجبة ردىء والغزالى مع الضعف ردىء والاختلاف الذى فيه انقطاع شديد وحركات ضعيفة ثم يتدارك ذلك واحدة أقوى تداركا غير متدارك بل من حين الى حين ردىء جداً قالوا اذا كان النبض الايسر متواتراً والايمن متفاوتا وذلك مع ضعف فهو دليل ردىء واعلم أن كثيراً من الناس نبضهم الطبيعى مختلف ردىء من غير مرض فيجب أن يتعرف هذا أيضاً

هذا ما رأيت اقتباسه من نحو عشرين صفحة من الجزء الثالث لقانون ابن سينا وهو لايخلو من فائدة عظيمة سواء من مطابقة الكثير فيه لما جاء بالطب الحديث أولفائدة لغة الطب العربية والاصطلاحات نعرضه على حضرات الاطباء الافاضل ؟

العلاج بالغدد الحيوانية

للدكتور حسن كامل بشرا

(تابع ما قبله)

ومما يلاحظ أن جميع الغدد العديمة الاقنيه فى حفظ مكين من وصول أى اصابة اليها مثال ذلك الغدة النخامية (Pitutary) فاننا نراها فى حفظ مكين فى وسط الجمجمة وكذلك الغدة الصنوبرية (Pineal) نراها فى وسط المخ والغدد الدرقية الخلفية Parathyroids فهى غائصة فى الرقبة خلف الغدة الدرقية. والغدد الفوق كلوية فنشاهد أنها محاطة بالدهن فوق الكلى

بينما نشاهد أن بعض الغدد كالحيضية والمبيضين مثلا ليست بذات اتصال حيوى حتى قد تستأصل فلا تحدث الوفاة بسبب ذلك بينما نشاهد غدداً أخرى فى استئصالها بعملية أو نتيجة اصابة قد يحدث موت أو تغيير مرضى هام. مثال ذلك استئصال الغدد الفوق كلوية فى الانسان أو الحيوان ينتج عنها الموت السريع واستئصال الغدد الدرقية الخلفية يحدث عنها تجمع سموم فى الدم كان فى العادة مقاومتها بواسطة افراز هذه الغدد وأيضاً استئصال البانكرياس بسبب بول سكرى Diabetis وفيما بعد موت

وكثير من هذه الغدد تصاب بأمراض وعلى الخصوص تصاب بالدرن والسرطان Cancer وفى هذه الاحوال ولو أنه ليس من الضرورى ان تكون جميع الغدة قد أتلفت فان الافراز يتغير ولذلك ينتج ارتباك فى توازن الجسم بسبب زيادة أو نقص افراز الغدة المصابة. مثال ذلك فى حالة زيادة افراز الفص المتقدم للغدة النخامية نشاهد زيادة نمو الجسم بحالة غير طبيعية خصوصاً فى الهيكل العظمى

ونقص كمية افراز هذه الغدة تصاحبه تغيرات فى الاعضاء التناسلية وزيادة فى كمية شحم الجسم كذلك زيادة افراز الغدة الدرقيـة تصاحب الحالة المرضية المعروفة بالجحوظ الدرقى ونقص كمية افراز هذه الغدة ينشأ عنها حالة البلاهة فى الاطفال أو مرض الميكسوديما فى الكبار

من الواضح اذن أن أى تغيير فى وظائف هـذه الغدد تحدث عنه حالات مرضية فى الجسم وهى التى نثبتها بوجوب استعمال خلاصات هذه الغدد فى العلاج

لذلك كانت الحاجة ماسـة لتحضير خلاصات من الغـدد القديمة الاقنية للماشـية أو من حيوانات اخرى لعلاج الحالات المصاحبـة لتغيرات مرضية ناشئة عن اصابة احدى هذه الغدد وهذا العلاج يطلق عليه اسم العلاج التعويضى لان الغرض منـه تعرف كمية نقص افراز الغـدة اذا كان الافراز غير تام أو ناقص بالكليه

كذلك فى العلاج يمكن انتخاب محضرات من هذه الغدد التى قد تفيد اذا اعطيت فى حالات زيادة الافراز لغدد مفعولها مضاد لافراز النوع الاول

وقد يحدث ايضا ان الجسم يكون فى حاجة ماسـة لاخذ كمية ازيد من خلاصـة غدة معينة وذلك لضعف هذه الغدة كما هو الحال فى ضخامة الغدة الدرقيه البسيط Parenchymatous

وفى حالات اخرى قد يكون افراز الغـدة ازيد من احتياج الجسم وفى هذه الحاله يمكن تقليل نشاط هـذه الغدة باعطاء خلاصة غدة أخرى مثال ذلك الحاجة الى اعطاء خلاصة الغدد الثدييـه Mammary Substauces فى احوال زيادة نشاط المبيضين أو تهيجهما وكثيراً ما نشاهـد فائدة خلاصات الغـدد فى حالات لا يكون الجسم فيهـا ناقصاً للافراز الغددى أو فى أمراض ليس لها أية علاقه بوظائف الغدد وهو العلاج الذى يطلق عليه علاج اختبارى Emperical treatment

« يتبع »

المرحوم الدكتور عباس حلمى ذهنى

للدكتور محمد مبارك

قضى عباس ولا مرد لقضاء الله واذا كان قد قضى هـذا الشاب القوى الصحيح فى لحظة ومن غير انتظار فكيف تؤمن الدنيا على حال أو كيف يحزن الانسان على شىء يفوت فيها مهما كان غاليـا ثمينا أو مهما كان ذلك اعتباطا وعباس كان فى نظرى من أغلى مافى الحيـاة . لأنى اعتقد أن ليس على ظهر الارض أغلى من الانسان ولقـد كان عباس من أغلى هـذا النوع الغالى صحة وقوة ونشاطا وعلما ولطفا وحياة .

كان يفهم الحياة على احسن أشكالها ويعمل لذلك أى يعمل ليحيا حياة طيبة سعيدة غير مقيدة وكثير من الناس لا يعرف للحياة معنى غير التنغيص والتقييد غير المجدى ويقضى حياته مثقلا متعبا غير راض ولكن عباس كان على النقيض من ذلك كان يعرف سرور الحياة ويعمل له بنجاح

قضى عباس وهو مستكمل لكل مهيئات الحياة القوية السعيدة من صحة وقوة وعلم ولطف وأمل واسع ونجاح ولقد كان على أبواب الحياة التى يرتضيها لنفسه لولا أن فاجأته المنون والموت يفاجىء القوة لأنه لايعرف أن يأخذه الامهاجما والموت وما ادراك ما الموت كلنا يطأطىء رأسه أمامه ملكا كان أو صعلوكا . شابا كان أو شيخا . هو النهاية لهذه الحياة المنتهية . نحن لا نأسف عليه اذا جاء فى ميعاده بل نحن نتمناه أحيانا ولكن المحزن هو الموت غير المنتظر واذا كنا قد تغلبنا على أشياء كثيرة فى هذه الحياة فلا تزال تلك النهاية العشواء تتخبط فينا من غير قاعدة . نحتار حتى فى معرفة سببها من غير أن يكون لنا يد على دفعها . أى نعم لايزال الموت قهاراً غير مقهور ولا معروف

ما كان يدور بخلدى اننى أراه البـارحة قويا قائما على رجليه فى الساعة

الثامنة صباحاً وأعلم بخبر وفاته فى الخامسة والنصف مساء وأرثيه اليوم صباحاً فى الخامسة والنصف بعد ان لم يترك لى الحزن أمس قوة على رثائه ولكن فى تفاصيل أخبار الموتى مثل هذا وأشد وانا لله وانا اليه راجعون

ارتفعت حرارة عباس ثلاثة أيام ما بين ٣٨ صباحاً و ٣٩٫٠ مساء وكان فى خلالها قوياً عادى المنظر ولقد زرته صباح اليوم الرابع واستشارنى فى السفر من شبين الكوم الى مصر فلم أمانع لما يبدو عليه من قوة ولقد صعقنا حين سمعنا خبر وفاته فى المساء وما كدنا نصدق آذاننا . ولقدكان رحمه الله مضطرب الفكر جداً أثناء مرضه وأظن أن هذا الاضطراب الفكرى مع ما سببه السفر من التعب كانا سبب الوفاة والفقيد كان دموى المزاج لا يتحمل

مات عباس وترك حزناً شاملا لجميع معارفه . مات وترك أبوين شيخين كان شديد الاشفاق عليهما وزوجة كان شغوفاً بها ولم يتمتع بعشرتها وكثيراً ما كان يحدثنا عنها وعن المستقبل السعيد الذى يعده لها

مات فى وقت لا يجد من يرغب فى العيش خيراً منه له

أى عباس : أنا لا أنس يوم حضرت الى شبين قولك لى ان من الاسباب التى حببت الى مجيئى الى شبين وجودك فيها ولقد كنا ياصديقى أصحابا مخلصين وسنستمر كذلك حتى نتقابل فى دار الخلود قصرت حياتى أم طالت لأنى أحس روحك قريبة منى بل هى معى كما كنا فى هذه الدار الفانية

أى عباس : الى الملتقى ياصديقى وستجد فى جوار ربك ما يغنى نفسك الطموحة عن كل ما فى هذه الحياة من زخرف ومتاع

رثيتك رثاء هادئاً فى مذكراتى الخصوصية ولقد رغبت أولا أن أتركه محجوباً لأننى أحب مثل هذا الرثاء لنفسى ولكنى آثرت أن أنشره حتى يعرف من لا يعرف مقدار ما كنت عليه

أي عباس : نم هادئاً ياصديقى فأنت سابق وأنا لاحق

الثوم والالتهاب الرئوى

للدكتور كرسمان [1]

قلم التحرير

أشك فى معرفة العالم لفائدة الثوم العظيمة فى علاج الالتهاب الرئوى لو اعطى بمقادير كبيرة . لقد استعملته مدة تزيد قليلا عن السنتين فى كل حالات الالتهاب الرئوى الفصى ولم يخب مرة فى اعادة الحرارة والنبض والتنفس الى حالتها الطبيعية فى مدة ٤٨ ساعة . ولم يحصل عندى وفيات فى هذه المدة الا حالتان امرأة عمرها ٦٢ سنة ورجل عمره ٨٠ سنة الأولى كانت مصابة بالسكر والثانى كان ضعيفاً وعنده نقرس وقد أصيب بالتهاب رئوى مزدوج عقب أنفلونزا وحتى فى هذه الحالة الاخيرة انقطع البلغم الدموى وأنخفضت الحرارة الى طبيعتها كما فى الأحوال الناجعة غير أنها توفت فجأة من هبوط فى القلب (كما كنت انتظر) وفى كل الاحوال الأخرى (وعدد الحالات كثيرة) شفوا بسرعة من الدواء ولم يتأخر الجحران (Critis) عن خامس يوم من المرض وأنى أشعر لو أعطيت الدواء فى بدء المرض باذ فى قدرتى أن أشفى المرض بسرعة باعطائى صبغة الثوم بمقادير كبيرة فى الالتهاب الرئوى كما أعطى مصل ضد الدفتيريا فى احوال الدفتيريا كما يعرف ذلك كل طبيب . وعندى تذاكر حرارة تبين تأثير الدواء فى احداها هبطت الحرارة من ١٠٥° فرانهت الى الطبيعة فى ظرف ٤٨ ساعة وفى أخرى من ١٠٤° فرانهت الى الطبيعى فى نفس المدة وفى كلا الحالتين لم يمكث المريض الا خمسة ايام فقط حتى عادت الحرارة الى الطبيعة . والمقادير الصغيرة لا فائدة منها مطلقا ومقدار نصف درهم (٢

---

(١) معرب به عن B. m. j عدد ٢٢ شهر ٣ سنة ٩٢٤

سنتمتر مكعب) فى قليل من الماء كل أربعـة ساعات أو ثلاثة حسب تجاربى تحدث شفاء سريعاً

وقد وجدت ان استعمال الدواء بهـذا المقدار مفيد فى النزلة الشعبية الصدرية وتمدد الشعب (برنكياتسز) والانفلونزا وأميل أيضا الى أن أقول فى ابتداء احوال الدرن الرئوى غير أنى أقتصر الآن على النصح باستعماله فى حالات الألتهاب الرئوى فقط

نشرات ادارية لمصلحة الصحة العمومية

تقرر تعيين حضرات المذكورين بعد فى الوظائف الخالية الآتى ذكرها اعتباراً من ٢٢ مارس سنة ١٩٢٤ وهم : —

حضرة صاحب العزة الدكتور مصطفى بك صفوت عين مديراً للقسم الاول

« « « « بطرس بك جرجس « « « الثانى

« « « « عبدالحليم بك محفوظ « وكيلا « «

« « « « محمود بك على السركى « مفتشاًبالقسم «

« « « « احمـد بك حلمى « مديراً للقسم الرابع

« « « « محمد بك عزت « مفتشاً عاما

« « « « حسين بك فهمى « سكرتيراً فنياً

وقد عهد الى صاحب العزة الدكتور محمد بك انور بالقيام بأعمال حضرة صاحب العزة الدكتور عزت بك بتفتيش صحة القاهرة

وقد نيط بصاحب العزة الدكتور محمد بك على دويدار القيام بأعمال مفتش

قسم (بحرى) التى كان يؤديها صاحب العزة الدكتور أنور بك

تقرر رفت جناب الدكتور ر . ج . هويت (وكيل المعامل بمصلحة الصحة العمومية) وجناب الدكتور وليم كارلنج هيوارد (رئيس القومسيون الطبى العام) وجناب الدكتور أدولف باك (مدير مستشفى الكلب) وجناب الدكتور أوفاديو جولفو فالنسين (طبيب أول قسم بتفتيش صحة القاهرة) من الخدمة اعتباراً من أول ابريل سنة ١٩٢٤ بمناسبة اعتزالهم خدمة الحكومة المصرية

بناء على انتهاء مدة عقود الدكتور اسكندر افندى شفيق والدكتور عبدالقادر افندى أحمد الدياسطى والدكتور لبيب افندى شحاته أطباء الامتياز المؤقتين بمستشفى قصر العينى فى ٣١ مارس سنة ١٩٢٤ تقرر رفتهم من خدمة المصلحة اعتباراً من أول ابريل سنة ١٩٢٤

تقرر نقل الأطباء المذكورين بعد اعتباراً من ١٥ ابريل سنة ١٩٢٤ وهم حضرات : —

الدكتور محمد افندى زكى شافعى من مفتش ثانى صحة مديرية أسيوط الى مفتش ثانى صحة مديرية الدقهلية والدكتور محمد افندى السباعى حسنين من عموم المصلحة الى عموم المصلحة (القسم الاول) والدكتور احمد افندى محمد كمال من عموم المصلحة الى مفتش ثانى صحة مديرية قنا والدكتور عبدالمجيد افندى رمزى من عموم المصلحة الى مفتش ثانى صحة مديرية أسيوط والدكتور عبد الحميد افندى صادق من عموم المصلحة الى مفتش ثانى صحة مديرية المنيا

نقل الدكتور شالوم افندى داود مسعود طبيب مركز قنا الى عموم المصلحة اعتباراً من ١٠ ابريل سنة ١٩٢٤

تقرر نقل حضرات الأطباء المذكورين بعد اعتباراً من التواريخ المبينة أمام أسمائهم وهم : —

الدكتور محمد افندى رشدى جمعه من مركز بنها الى سوهاج قسم ثان ٢٦ — ٤ — ١٩٢٤ والدكتور اندراوس افندى ابراهيم من سوهاج قسم ثان مركز بنها ٢٩ — ٤ — ١٩٢٤ والدكتور محمد افندى أنيس من شبين الكوم قسم ثان الى فاقوس قسم ثان ٢٦ — ٤— ١٩٢٤ والدكتور حافظ افندى محمد من فاقوس قسم ثان الى شبين الكوم قسم ثان ٢٩ — ٤ — ١٩٢٤

امريكا فى نظر شرقى

اسم لكتاب صغير الحجم جليل الفائدة وضعه حضرة الدكتور فيليب حتى استاذ التاريخ فى الجامعة الامريكية فى بيروت عن مشاهداته وتجاربه فى أحوال الأمة الأمريكية من حيث عاداتها وأخلاقها وميولها وانها تلك الأمة الفتية التى بزت أوروبا فى (زمن قصير) فى حريتها وتجارتها واختراعاتها وأننا لفى أشد الحاجة فى ابان نهضتنا الحالية الى تعرف تاريخ الأمم العظيمة وسبب نهضتها حتى تكون لنا عظة ونبراسا . والكتاب سلس الاسلوب طلى العبارة وهو يقع فى ٨٠ صفحة ومحلى بالصور المتقنة وانا نشكر ادارة الهلال على عنايتها بطبع هاته الكتب القيمة أما المؤلف فله الشكر من كل الناطقين بالضاد

محضر الجلسة العلمية الحادية والاربعين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية فى منتصف الساعة التاسعة من مساء الخميس أول مايو بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال بحضور نخبة كبيرة من حضرات

أطباء القاهرة والاقاليم وقد افتتح الجلسة صاحب العزة الدكتور محمد القلماوى بك اكبر الحاضرين سنا فى الساعة ٨ والدقيقة ٤٥ . وبعد قراءة محضر الجلسة الماضية والمصادقة عليه دعا حضرته حضرة صاحب العزة الدكتور نجيب محفوظ بك لالقاء محاضرته عن العقم عند النساء والرجال . فاستهل حضرته الكلام على العقم بشرح اهميته وكيف أنه لاينحصر فى أن الزواج غير المنتج من الاسباب الداعية لزوال السعادة العائلية بل ان للاكثار من النسل أهمية كبرى فى حياة الدفاع الوطنى

ثم أخذ يسرد ماجاءت به الشرائع فى ذلك وكيف أن الأمومة لازالت أعظم شرف للمرأة المصرية وانتقل الى الكلام على علاج القابلات بالطرق غير المشروعة ثم الى نسبة مسئولية الرجل والمرأة فى العقم شارحا تجاربه الخاصة ثم الى الكلام على المنى واهميته وكيفية تكوينه ثم الى الافراز الرحمى ثم الى أسباب العقم عند النساء وقد قسمها الى بابين الأول وهى ما تكون فيه الاعضاء التناسلية مركزاً لمرض واضح والثانى وهو الذى تكون فيه الاعضاء التناسلية سليمة وشرح كل فصل باسهاب .

ثم انتقل الى الكلام على العقم عند الرجال وأسبابه الثلاثة كما قسمها حضرته ثم ذكر أهمية العلاج الواقى للسيلان الذى هو أهم الاسباب من العقم عند الرجال .

ثم ذكر الامراض التى يمكن شفاء المرأة منها والطرق العلاجية التى تتبع فيها وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على محاضرته النفيسة لما حوته من المعلومات الفنية الدقيقة ودلائل الخبرة الطويلة والدراية التامة

ثم قدم الدكتور اندرواس عريان وابتدأ كلامه بشكر حضرته على محاضرته القيمة وسأله أن يبدى رأيه فى النقطتين التاليتين : —

اولا — من المثبوت فيسيولوجيا اننا لو وضعنا حيوانا منويا لكلب مع بويضة أخته لكانت الجاذبية بين الاثنين قليلة جداً مع انها بالعكس تكون كبيرة لو وضع الحيوان مع بويضة كلبة من نسل آخر وكذلك لاجاذبية بالمرة بين حيوان منوى من حيوان وبويضة من حيوان من فصيلة أخرى . وكذلك اذا استمر زواج الاقارب فى أجيال متعاقبة رأينا أولا ضعف النسل ثم العقم بالمرة

وثانياً — حضرت الى سيدة واخبرتنى أنها حملت وعينت الليلة التى حملت فيها بالضبط فقلت لها وكيف تعلمين ذلك وأنت ترضعين ولا طمث لك قالت ان زوجها حاد الطبع وينتهى فى جماعه بسرعة زائدة ويندر أن تشعر بلذة ولكنها فى هذه الليلة شعرت باللذة . فوافقه الدكتور على بك ابراهيم على الجزء الأول من السؤال انما ليس الشبق دليلا على الحمل كقاعدة لأن للأخصاب وقت ولكن حصول اللذة أدعى لحصول الحمل معها

ثم قام الدكتور حنا سائلا حضرة المحاضر هل يعتبر الزهرى ضمن أسباب العقم مع أن الحيوانات المنوية تكون فيه غير منعدمة ومن رأى حضرته عمل فازرمان فى الحالات التى لا يظهر فيها سبب العقم

فقد شوهدت حالات حملت فيها المرأة الثانية لرجل مصاب بزهرى بعد علاجه مع أن الاولى لم تحمل لعدواها ولكون بويضاتها أصبحت بذلك غير صالحة للاخصاب

ثم قام الدكتور كامل ابراهيم وسأل المحاضر هل توافق على أن التوسيع باقلام اللامينياريا أكثر فائدة من التوسيع بالهيجار

ثم قام الدكتور سعد بك الخادم وذكر أنه يعرض فى بعض حالات تشوهات عنق الرحم وجود جيوب متعددة مع تشوه فى شكل الغشاء المخاطى للعنق وما رأى حضرة المحاضر فى ذلك .

ثم سأل الدكتور ابراهيم المنياوى هل الزواج الباكر عند البنات ولو كانت البنت بالغاً يكون سبباً نسبياً للعقم عند السيدات

ثم قام الدكتور الشوربجى بك وذكرحالة عقم وجد عندها فتحتين لعنق الرحم وبعد عمل كحت وتوسيع حملت وتكرر الحمل والوضع أربع مرات مع ملاحظة أن الولادات اختلفت فى حصولها من احدى الفتحتين فتارة من واحدة وأخرى من الفتحة الثانية فهل تعدد الفتحات للرحم يسبب العقم أم لا

فقام الدكتور نجيب بك وقال أما عن الجزء الاول من سؤال حضرة الدكتور اندراوس عريان فأقول بأن زواج الاقارب اذا تكرر أجيالا طويلة أدى الى ضعف النسل عقلياً وجسمياً . ولكنه لا يؤدى حتما الى العقم وهاهم دروز لبنان وهم فئة قليلة لا يتزاوجون الا فيما بينهم وقد مضت أجيال وهم هم لم ينقصوا عدداً الا بمقدار ما نزل بهم من المصائب أما عن الجزء الثانى فقد عملت جملة احصائيات لمعرفة ما اذا كان لحصول الشبق علامة بالاخصاب وجد أن عدداً كبيراً من النساء الولودات لا تشعرن بالشبق مطلقا ولكن المعقول نظرياً أنه اذا توافق حدوث الشبق مع الانزال كان ذلك أدعى الى وصول المنى الى تجويف الرحم .

٢) أما ما ذكره الدكتور حنا فيما يختص بصيرورة البويضات غير صالحة للانتاج فلا يمكن اثباته عمليا والمشاهد أن الزهرى هو السبب الاكبر فى حدوث الاجهاض المتكرر فاذا اعتبرنا المرأة التى لا يصل حملها الى التمام فى حكم العاقر أمكن عد الزهرى من الاسباب المهمة للعقم من هذه الوجهة .

٣) فيما يتعلق بتمديد عنق الرحم باقلام اللامينياريا بالطريقة التى ذكرها الدكتور كامل أرى أنها طريقة حسنة والضرر الوخيم فى استعمال اقلام اللامينياريا (الاشنه) هو أنها جسم غريب يبقى فى الرحم ٢٤ ساعة فأذا اتفق أنها لم تكن عقيمة (واقلام اللامينياريا يصعب تعقيمها) كان ذلك مدعاة لحدوث التعفن . وفوق ذلك فان أقلام اللامينياريا تنتفخ باستمرار ما دامت

فى عنق الرحم فالضغط المستمر الذى تحدثه على الغشاء المخاطى يسبب تنكرزاً سطحيا فى البشرة المخاطية .

٤) الجيوب المتعددة التى ذكرها الدكتور سعد بك اما ان تكون مسببه عن تشوه حقيقى أو أنها تكون مسببة عن وجود بوليبوسات صغيرة فى تجويف العنق .

٥) أما بخصوص ملاحظة الدكتورابراهيم فهمى أبدى أن ماتيوس دنكارن وهو أول من بحث فى موضوع العقم علميا يرى أن العقم فى النساء اللاتى يتزوجن قبل سن العشرين اكثر منه فمن يتزوجن فيما بين العشرين والخامسة والعشرين ولكن المشاهد فى مصر أن هذه القاعدة غير مطردة الصحة

٦) ازدواج عنق الرحم الذى ذكره حضرة الدكتور الشوربجى بك لا يمكن أن يكون سبباً فى العقم الا أذا اصطحب بما يمنع الحمل كضمور الرحم أو ضيق العنق وما دام الرحمان المتصلان بالعنقين تامى النمو الطبيعى لحدوث الحمل فى احدهما أو فيهما معاً جائز ألا اذا كانا مركزاً لمرض يمنع الحمل أو وجد مانع آخر فى البوقين أو المبيضين.

وبعد ذلك شكره الحاضرون جميعاً ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة ٩ والدقيقة ٥٠ مساء

السكرتير

تقريظ الكتب ونقدها

« كتاب بحث فى وفيات الاطفال »

أهدانا الدكتور عبد الواحد الوكيل الطبيب بصحة بلدية الاسكندرية رسالته « بحث فى وفيات الأطفال » فتصفحناها فوجدناها رسالة قيمة شرح فيها المؤلف أسباب الوفيات عند الاطفال مبيناً النسب الاحصائية لهذه الوفيات فى مدينة الاسكندرية التى تعد من أكبر مدن القطر وتحتوى هذه الرسالة على جداول احصائية وعدة خرائط تفسيرية فى هذا الموضوع مما شهد للدكتور عبد الواحد الوكيل بالدقة والحصافة وحسن الاسلوب .

وقد وضع حضرته هذه الرساله حينما رأى الحالة المريعه التى عليها اطفالنا الذين هم رجال المستقبل وأهمية مكافحة هذه الوفيات واساس محاربتها كالنظافة الصحية والعزل والعناية والتغذية الجيدة .

وقد رأى حضرته انه من الضرورى انشاء جمعية أو قسم بمصلحة الصحة قائما بذاته كاقسام الأوبئة والرمد لمكافحة وفيات الاطفال .

وانا نرى هذا الاقتراح من الأهمية بمكان لما وصلت اليه الحالة المريعة التى عليها اطفالنا الآن واننا واثقون بان حكومتنا السنيه لا تضن بالمال اللازم لتحسين حالة هؤلاء البؤساء وكذلك اغنياؤنا فاننا على يقين من انهم لا يدخرون وسعاً فى مد يد المعونة متى اقتنعوا بصحة هذا العمل الانسانى الذى يترتب عليه حالة البلاد فى المستقبل اقتصاديا وعلميا . وقد أشار حضرته الى ضرورة مراقبة الالبان وتوزيعها على الفقراء بطرق معقمة والأكثار من عيادات الاطفال ودور الولادة والاعتناء باحوال الحاملات والاهتمام ببناء احياء صحية للفقراء وتحسين حالة مساكنهم .

فهذه الرسالة جديرة باهتمام حكومتنا السنية واغنيائنا حيث ان المال

متيسر لديهم للقيام بهذا العمل الاساسى العظيم وفى اهميته للبلاد وانا نلفت نظر اطبائنا الى هذا الموضوع الحيوى خصوصاً المشتغلين منهم بأمراض الأطفال بأن يوجهوا عنايتهم الى الوسائل التى تؤدى الى تخفيض وفيات الاطفال كما انا نوجه كلمتنا هذه الى العائلات خصوصا الأمهات اللائى يعنين بتربية أطفالهن

ولا يسعنا الا تقديم مزيد شكرنا للدكتور عبد الواحد الوكيل على عظيم المجهود الذى بذله فى ترتيب الجداول الاحصائية والخرائط التفسيريه بكل دقة وعناية م؟

مبادىء
وصف وظائف جسم الانسان

اهدى الينا حضرة الدكتور عزيز جرجس مدرس علم التشريح بمدرسة الطب الملكية المصرية كتابه الموسوم (بمبادىء وصف ووظائف جسم الانسان) وهو يقع فى ١٤٥ صفحة جيد الطبع صقيل الورق ومزين برسوم كثيرة تسهل على القارىء فهم ما يقرأ والكتاب لم يوضع لطلبة الطب كما فهمت زميلتنا مجلة المعهد الطبى العربى بدمشق بل وضع (كما يدل اسمه ومقدمته) لفائدة طلبة وطالبات المدارس ولمن اراد الالمام بالموضوع من غير الاطباء

وانا لنشكر حضرة المؤلف على هديته ونستبشر خيرا بباكورة اعماله كما انا نقدر له مجهوده حق قدره ونتمنى لكتابه الرواج الخليق به

كتاب تشخيص الامراض العصبية

أهدانا حضرة الدكتور مصطفى ضيا كتاب «تشخيص الأمراض العصبية» تعريب حضرته فنشكره على هذه الهدية وسنوفى هذا الكتاب حقه فى العدد القادم ان شاء الله

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد



هيمو
جلو بين
دشيان

حديد حيوى

عناصر الدم

المؤ كدة

معالجة الدم بالدم

مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من اكثر من ثلاثين الف
طبيب يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل ملعقة كبيرة تحتوى على غرامين ونصف من الهيموحلو بين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين فى اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع السلطان فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتيريه — روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : ذات الرئه — الانفلونزا — التهاب اللوزتين — والتيفويد — والروماتيزم وتسمم الدم — والتهاب الامعاء — والتهاب البريتون والمسن والتهاب المبيضين — والتهاب السحايا — والتدرن — والحمى المتقطعة — (الملاريا)

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل و بدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد — بين العضلات — أو بين الاوردة من ١ لغاية ٦ سنتيمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

طعم البكتريا

شركة پارك دافيز هى الوحيدة المختارة لتوزع بين الاطباء طعم البكتريا المحضرة فى معامل مستشفيات سانت مارى بلوندره الذى يديره السيرالمورث رايت (K. B. E. و C. B و M. D. و F. R. C. S.)

وهذه الطعم هى على أعلا درجة من التأثير والثبات

Acne Bacillus
Mixed Acne Vaccine A. & B.
Anti-Catarrh Vaccine (Prophylactic)
Anti-Influenza Vaccine
Anti Plague Vaccine
Anti Typhoid Paratyphoid Vaccine (Prophylactic)
Antisepsis Vaccine
Gonococcus Vaccine
Mixed Gonorrhoea Vaccine
Micrococcus Melitensis Vaccine
Mixed Vaccine for Bronchial Asthma
Mixed Anti-Influenza Vaccine
Mixed Vaccine for Coliform Infections
Pneumococcus Vaccine
Staphylococcus Vaccine
Streptococcus Pyogenes Vaccine (Polyvalent)
Whooping Cough Vaccine A, B & C.

پارك دافيز وشركاه لندره

Parke, Davis & Co.

LONDON.

المجلة الطبية المصرية

الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة
نوعها التى تتداولها ايدى رجال المهنة فى مصر . ونظراً لتحريرها
بية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها
جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صف
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
ر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
ر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être large ment distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquen que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencement de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

لسابع — سبتمبر سنة ١٩٢٤ — السنة السابعة

الاشتراك
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الفهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر



صورة المرحوم الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا
رئيس الجمعية الطبية المصرية

الفات نظر

توجه ادارة المجلة الطبية المصرية نظر حضرات الكتاب وأعضاء الجمعية الطبية المصرية وكذا مشتركى المجلة وكل من له علاقة بأعمالها الى أن جميع المقالات والرسائل والمكاتبات وغيرها ترسل من الآن الى حضرة الدكتور محمد حمدى بعيادته بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بالقاهرة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السابع — سبتمبر سنة ١٩٢٤ — السنة السابعة

محاضرة عما تفعله الديدان فى الجسم

للدكتور ظيفل باشا حسن

فى ٢٠ أكتوبر سنة ١٩٠٦ حضر الى أحد أعيان بيبان وهى أحدى بلاد مركز كوم حماده بحيرة واسمه الشيخ عبد المقصود عمار ومعه نجله الصغير الذى يشكو من مدة سنة تقريباً من سعال مصحوب بنوبات ربو تأتى يومياً من الساعة السادسة الى الساعة التاسعة مساء وتبتدئ هذه النوبات بزكام وسعال وضيق فى التنفس ويمكث المصاب على هذه الحالة ساعة تقريباً وبعدها تزول هذه الأعراض تدريجياً بدون أن تترك أثرا فى الصدر وزيادة على ذلك كان يحصل له فى بعض الأحيان دوار شديد مع سقوطه على الأرض فاقد الادراك والحركة وعدم القدرة على الكلام ويمكث على هذه الحالة بضع دقائق ويتنبه بتثاؤب . وهذه الحالة العصبية لا تصطحب بصراخ ولا بهاتة لون وهى وحالة الربو تزداد شدتهما مع كثرة الاكل وخصوصاً أكل الحوامض كالبرتقال والليمون . و بفحص هذا الطفل وجدأنه يبلغ من العمر نحو الاثنتى عشرة سنة تقريباً ضعيف البنية انيماوى قمحى اللون ولم يتذكر شيئاً من سوابقه المرضية وفقط يشكو الآن من نزول دم فى آخر التبول من مدة خمس سنوات تقريباً

وببحث جميع أعضائه وجدت سليمة ولم تشاهد تغيرات مرضية بالصدر ولا فى القلب ولا تغيرات مرضية أخرى فى بقية الأعضاء

وقبل حضوره لعيادتى بسنة ونصف عرضه والده على المرحوم أستاذنا الدكتور طلعت باشا فبعد فحص البول ووجود الزلال فيه قال ان الحالة كلوية ووصف له الجرعة الآتية: يودور الصوديوم ٢٠ سنتى جرام . صبغة الجوز المقىء ١٠ سنتى جرام جلسرين ١ جرام ماء زهر النارنج ٥ جرام لأجل مقدار واحد ويحضر خمسون لكل يوم اثنان بعد تعاطى اللبن واستمر على هذه الحالة مدة مع تعاطى الألبان فقط ونظراً لعدم نجاح العلاج أنتدب الدكتور فلبس وقررا معاً أن المرض حالة كلوية وأن الأعراض العصبية والربو نتيجة الحالة الكلوية وأن حالته تنذر بالخطر اذا أهمل العلاج وأمر الاثنان بالاستمرار على العلاج السابق مع الغذاء اللبنى ولم يجد والد الطفل ثمرة من هذا العلاج فحضر الى بدمنهور ومعه نجله وأخبرنى بتاريخه والنوبات العصبية التى تأتى له والربو كما سبق الشرح والعلاج الذى امر به الأطباء السابقون وأطلعنى على التذاكر فأمرته بفحص البول فحصاً تاماً وبالاطلاع عليه وجد أنه يحتوى على كرات دموية صديدية بكثرة وكذلك بويضات البلهارسية بكمية عظيمة وزلال ٨٠ سنتى جرام فى الالف وغير محتو على أسطوانات بالمرة وكثافته ١٠٢٠ ويحتوى أيضاً على بللورات فوسفات الجير . والبول تأثيره حمضى

وبفحص الطفل وجد أنه ضعيف البنية باهت اللون وببحث أعضائه المختلفة مبتدأ بالانف لم يشاهد بالحفر الانفية شىء وببحث الصدر خارجا عن النوبة لم يشاهد به أدنى تغير وكذلك القلب والكبد والطحال طبيعية وببحث الكليتين فى الظاهر لم يشاهد بهما شىء بالضغط والمثانة حساسة قليلا والتبول متكرر ويخرج عقب البول مقدار من الدم . وببحث البراز لم يشاهد به ديدان أخرى كالانكلستوما ولا بويضاتها ولا بويضات البلهارسية

ونظراً لبدأ النوبة بزكام وعسر فى التنفس وسعال وعدم وجود حرارة

فى الجسم نقول أن هذا الطفل مصاب بحالة مرضية تشبه الربو ولا سيما لأنها تأتى له ليلا عقب الاكل وأما سقوطه على الأرض مع فقد الادراك والحركة وعدم القدرة على التكلم فتلك حالة عصبية استيرية

ونظراً لعدم نجاح العلاج الأول فكرت بالنسبة لعدم وجود الاسطوانات بالبول ووجود آثار الزلال الناتج عن الدم الموجود به أن هذه الحالة ليست كلوية ونظراً لحصول نوبات عسر التنفس ليلا بعد الاكل خصوصاً عقب تعاطى المواد الحمضية بكثرة افتكرت انها حالة معدية وأمرت له بالبرشام الآتى ببسين ١٠ سنتى جرام بنكرياتين ١٠ سنتى جرام بنزونفتول ٢٠ سنتى جرام سلاسيتول Salacetol ١٠و٠ مسحوق الراوند ٢٠ سنتى جرام يعمل برشامه واحده ويحضر ٣٠ كل يوم ثلاثة قبل الأكل بربع ساعة مع عدم العشاء وتعاطى الاغذية اللبنيـة والخضراوات المسلوقة وعدم تعاطى الحوادق ولا المتبـلات ولا الحوامض فاستمر على هذه الحالة مدة عشرة أيام فلم تحصل أدنى فائدة بالمرة والنوبات تتكرر يومياً رغماً عن تعاطى الالبان بكثرة مع عدم العشاء ليلا ونظراً لوجود هذه النوبات فى ميعاد واحد وحصولها فى أوقات واحدة وساعة واحدة فكرت أنها نتيجة حمى متقطعة بشكل خفى Fievre laruée ومع أنه لا يوجد شىء فى الـكبد ولا فى الطحال امرت للمريض بمحلول كاوريدرو سـلفات الـكنين حقنا فى العضل مرتين فى اليوم (كل حقنة خمسون سنتى جرام)، واحدة فى الصـباح وواحدة فى المساء مدة عشرة أيام ونظراً لعـدم نجاح التجربة اعطيت للمريض (ولو أنه لا يوجد فى المواد البرازية ديدان معوية) برشاما مكونا من سنتونين ١٠ سنتى جرام تيمول ٥٠ سنتى جرام كالوميـل ٣٠ سنتى جرام يعمل برشامتين يؤخذان فى المساء واحدة فى الساعة السابعـة مساء والأخرى بعدها بساعة وفى الصباح يأخذ المريض شربة سلفات الصودا ٢٠ جرام فلم يشاهد فى المواد البرازية شىء من الديدان ولا بويضاتها وأخيراً نظراً لعدم نجاح التجربة فى جميع هـذه المعالجات فكرت أنه ربما يكون

للبلهارسـيه دخل فى حصول هـذه الاعراض ولذا أعطيت المريض الجرعة التى عند استعمالها فى البلهارسية المثانية والتى كانت تفيد معى جداً بالطبع قبـل استعمال الطرطير وهى خلاصة السرخس الذكر ٧ جرام صـبغة البنج ٢٠ جرام ترمنتينا ثمنيز ٥ جرام ايروترويين ١٠ جرام محلول صمغ ٣٠٠ جرام كل يوم ملعقتان بن قبـل الاكل صباحاً ومساء وهذه المعالجة لمدة عشرين يوما ثم برشـامة مكونة من ساليفورمين ٣٠ سنتى ونترات الصـودا ٣٠ سنتى جرام تعمـل برشامة واحدة ويحضر ٤٠ كل يوم اثنـان واحدة فى الصباح وواحدة فى المساء بعد الاكل فعند حضوره بعد مدة انتهاء الدواء وهى عشرون يوما أخبرنى والد الطفل أن النوبات انقطعت وكذلك الحالة العصبية التى كانت تحصل له زالت بالـكلية والمريض يشعر براحة تامة فكررت له ثانياً هذه الجرعة والبرشام مدة عشرين يوما أخرى مع جعل الخلاصة السرخسية ١٥ جرام وصبغة البنج ٣٠ جرام والبرشام كذلك نفس التركيب ثم تـكرر هذا التركيب مرة ثالثة وببحث البول وجد أنه خال من بويضات البلهارسية وخال من الدم بالمرة والزلال آثار لا يمكن تقديرها فأمرت له بالالبان واللحوم البيضاء والخضراوات المسلوقة الخالية من الطماطم مع تعاطى الفواكه المغسولة بماء نقى مرشح مع شرب المياه المرشحة وعدم استعمال كل الخضروات الملوثة بالمواد الطينية كالفجل والـكرات والجرجير وبعد ستة شهور حضر الى وهو فى غاية الصحة وقد أرسلت البول للفحص فلم يوجد به بويضات البلهارسيـة ووجد خالياً من الدم بالمرة وبه آثار قليلة جداً لا تذكر فى الزلال فأمرت له بدواء مقو « حديد برافيه » للتقوية بمقدار عشر نقط على مرتين بعد الاكل

فهذه المشاهدة تثبت جليا ان سبب الاعراض السابقة نتيجة حالة عصبية انعكاسية آتية من تنبيه الضفيرة العصبية المتوزعة فى فروع الوريد الباب الناتجة عن وجود ديدان البلهارسية فيه أو تأثيرها ايضاً على المراكز العصبية التنفسية وحصول النوبات السابقة التى تشبه الربو اما حصولها ليلا وعقب تعاطى مواد

حمضية بكثرة فهو أن البلهارسية كجميع الديدان تتحرك وتسبح ليلا وتزداد حركتها كلما كان الوسط حمضياً وبذا تكون الافعال الانعكاسية الناتجة عنها شديدة ولذا فان مريضنا يخبرنا بأنه كلما أكل حوامض كثيرة كلما كانت النوبة العصبية شديدة وكما أن البلهارسية تحدث هذه الاعراض العصبية فان التنيا أى الدودة الوحيدة تحدث أعراضاً شبيهة بالالتهاب السحائى وكذلك الاسكاريس يحدث أعراضا شبيهة بالصرع كما يدل على ذلك المشاهدة الآتية: تلميذ فى سن العشر سنوات كان عند توجهه للمدرسة صباحا بدون أكل تحصل له نوبات صرعية لان الجسم والمجموع العصبى كانا فى حالة ضعف وغير قادرين على مقاومة الافعال الانعكاسية التى منشؤها الامعاء والتى بتخليصها من هذه الديدان زالت هذه الاعراض الصرعية . ومن هذا القبيل ذكر أحد المعلمين مشاهدة امرأة شابة تشكو من نوبات هستيرية مصحوبة بنزول دم من احد ثدييها وفى هذا الوقت كان ينزل من المستقيم بعض قطع من الدودة الوحيدة فاعطى المعلم هذه المريضة دواء ضد الديدان فاخرجت دودة وحيدة عظيمة الحجم والاعراض السابقة الاستيرية زالت بالكلية مع العلم بأن هذه الشابة لم تصب قبلا بنوبات عصبية ولكن كانت مستعدة للاصابة فوجود الديدان فى البطن كفى لان يحدث حدوثاً وقتياً هذه الظواهر الاستيرية ومن هذا القبيل أمثلة كثيرة تحصل باحتواء الامعاء على الديدان التسلقية كالجوع الكلى كما يدل على ذلك المشاهدة الآتية حضر الى شخص يبلغ من العمر نحو الاربعين سنة تقريباً يشكو من انتفاخ بطنه انتفاخاً شديداً خصوصاً فى الجانبين وكلما أكل تتمدد الى أن تصل لحجم عظيم وفى كل أكلة لا يأكل اقل من عشرة أرغفة مع عدم شعوره بالشبع وبعد مضى ساعة أو ساعتين يحصل له ضيق فى التنفس ويصير اكئيباً حزيناً أغلب أوقاته يبكى لعدم شفائه من المرض فوصفت له الجرعة الآتية فكان ينزل منه بعض قطع من الدودة الوحيدة عند التبرز وفى أثناء المشى وهذه الجرعة مكونة من الخلاصة الاثيرية للشرخص الذكر ٤ جرام

كلورفورم ٥ جرام جلسرين ٧٥ جرام تؤخذ مرة واحدة على الريق وفى اليوم السابق لتعاطى هذه الجرعة يجهز نفسه بأخذ شربة من زيت الخروع صباحا ولا يتعاطى طول النهار الا اللبن فقط وفى الساعة السابعة مساء يتعاطى ثريدا بخل وتوم بكثرة وينام وفى الصباح على الريق يأخذ الجرعة السابقة دفعة واحدة وبعد ساعتين يحس بمغص فيأخذ ثانياً شربة زيت خروع وعند حصول التبرز يحسن أن يمكث فى ماء ساخن لعدم قطع الشريط فهذه الجرعة مفيدة جداً فى الدودة الوحيدة وبعد تعاطى الشربة بثلاث ساعات أحس بمغص أعقبه اسهال فخرجت الدودة الوحيدة وشفى المريض تماماً وزالت منه جميع الاعراض السابقة

ومن ضمن أفعال الديدان المغص والقئ والتهوع الذى يحصل غالباً عقب تعاطى المواد الحمضية التى تحرك بلا شك الانقباضات الديدانية والتى يدخل تحتها أيضاً الاضطرابات العصبية الخاصة بالديدان كالشلل النصفى السفلى ذى الشكل الاستيرى والشلل النصفى الجانبى والحول والصداع وفقد الكلام والتخشب والصرع الديدانى والخوريا فكل هذه الظواهر تدخل تحت اسم الاعراض السحائية Meningisme

ويشاهد أيضاً عدم انتظام النبض وعدم تساويه وعدم انتظام ضربات القلب كما يدل على ذلك المشاهدة الآتية حضرة الدكتور عبد الله راشد عند ماكان تلميذاً بالسنة الثانية «طب» أصيب بعدم انتظام فى ضربات القلب فقصد أحد الاطباء المشهورين الذى كان أستاذاً فى ذاك الوقت وهو الدكتور سندس فشخصه بأنه مصاب بآفة قلبية ومنعه من الدرس فعرض نفسه على أحد الأطباء الوطنيين فأعطى له برشاما مكونا من السنتونين بمقدار عشرة سنتى جرام وسكر اللبن ٤٠ سنتى جرام يعمل برشامة واحدة وتعطى عند النوم وفى الصباح أخذ شربة ملح نخرجت كمية عظيمة من الاسكاريس فزال عنه عدم النظام القلبى واستمر الطالب فى دراسته حتى تخرج من المدرسة وصار حكيما

ومن أعراض الديدان المعوية الاكلان واللعاب المتزايد والكزاز الليلى

والدوخان والغشيان ونوبات بهاتة اللون الفجائية وتمدد الحدقتين وعدم تساويهما والفزع من الضوء وتشنج الاجفان والانقباض التشنجى الحنجرى للاطفال الذى يحدث الوفاة . وتحدث أيضاً هذه الديدان اضطرابا فى التغـذية وأنيميا حقيقية مع تغيير فى تركيب الدم بأن تختل النسبة بين الكرات الحمراء والكرات البيضاء كما يحصل فى الانكلستوما كل ذلك يحتمل أن يكون ناشئاً عن توكسين هذه الديدان التى تنتشر فى البنيـة وتحدث أيضاً ظواهر حمية تشبه الحميات العفنة وهى تزول بزوال الديدان ولذا كان المؤلفون القدماء يطلقون عليها اسم الحمى الديدانيـة Fievre Vermineuse والتى هى نتيجـة التوكسين المتفرز من الديدان

معلوم من قديم الزمان أن الديدان المعوية تسبب أعراضا عصـبية كثيرة ولكن المشاهدات الدالة على دخول البلهارسيه ضمن هذه الديدان واشتراكها معها فى هذه الاعراض العصبية كانت غير معروفة فاذن كما أننا نبحث الانف فى الربو والديدان فى الاحوال العصبية والحصـاة فى سقوط المستقيم وأمراض المعدة فى تغيرات الرحم والزلال فى الام الرأس الشـديدة والعين فى أحوال البول السكرى عنـد الرجال حكة (بريريجو) الفرج عند النساء والزهرى فى أحوال الاجهاض والاتاكسى لوكومتريس فى فقد الفعل المنعكس فاننا نبحث كذلك عن البلهارسيه حيث اتضح أنهـا تشترك فى هذه الأفعال الانعكاسية العصبية

أغلب المشاهدات الخاصة بالديدان دلت على أن أغلب الآفات العصـبية الانعكاسية السابقة الذكر تصحب الديدان الكبيرة كالدودة الوحيدة والاسكاريس نظراً لكبر حجمها وكثرة حركتها فتكون الافعال الانعكاسـية الناشئة عنها كثيرة وهنا الفت نظر اخوانى الاطباء وبالاخص حضرة الاستاذ الدكتور محمد خليل اسـتاذ علم الطفيليات النابغة فى فنـه فى البحث عن نقطة هامة ابتدأت فى البحث عنها حديثـاً مع صديقى عبـد الله افندى محمد الاجزاجى

باسكندرية وهى أن كل مريض مصاب بآفات عصبية انعكاسية ناتجة عن الديدان يجب أن نبحث الدم لمعرفة نسبة الكرات البيضاء للكرات الملونة التى يقال لها Eosonophile لان عادة كل مائة كرة بيضاء تحتوى فى الحالة الطبعية على كرة واحدة ملونة ولكن هذه النسبة تختلف بوجود الديدان التسلقية فى الجسم فيكون كل مائة كرة بيضاء تحتوى على عشر أو عشرين أو ثلاثين كرة ملونة فنقطة البحث دائرة هل هذه الافعال الانعكاسية الناتجة عن هذه الديدان لها علاقة بكثرة وجود الكرات الملونة أعنى كلما كانت الكرات الملونة كثيرة فى الدم كما شاهدنا الافعال الانعكاسية الناتجة عنها كثيرة هذا ما ألفت اليه نظر اخوانى الاطباء المشتغلين بهذا الفن لان هذه الكرات الملونة هى آلة دفاع ضد التوكسين المنفرز من هذه الديدان بان تعادل هذا التوكسين اذن كلما كان التوكسين المنفرز بكمية عظيمة فتكون هذه الكرات الملونة نسبتها فى الدم كثيرة وقد أخبرنى الدكتور محمد خليل بأنه وضع قليلا من التوكسين المنفرز من هذه الديدان على هذه الكرات الملونة بعد فصله فوجد أن لونها زال وصارت مثل بقية الكرات البيضاء اذن هذه المادة الملونة هى التى بها خاصية امتصاص وتعادل التوكسين فكما أن هذه الكرات توجد فى أحوال الديدان للدفاع كذلك الكرات البيضاء الكثيرة النواة تكون موجودة فى الدم بكثرة عند وجود ميكروبات التهابية فى البنية وهى تدل على التقيح ويرى Michin Koff أن كل نوع من الكرات البيضاء له خاصية دفاع مخصوصة فالكرات المسماة Microphage خاصيتها امتصاص وهضم ميكروبات التقيحات الحادة والحمى التيفودية أعنى جميع ميكروبات الامراض الحادة والمقال عنها Macrophage خاصيتها احاطة ميكروبات الامراض المزمنة كالدرن والجزام بدون أن تقتلها وتكون دائما فى حرب مستمرة بينها وبين الجسم التى تنتهى غالباً بتغلبها عليه ويحصل الانتهاء المحزن . كذلك هذه الكرات الملونه خاصيتها تعادل التوكسين الناتج عن الديدان الطفيلية ولذا فانها تكون كثيرة فى الآفات الحادة لهذه الديدان فقد أخبرنى

حضرة الدكتور الاستاذ محمد خليل أن الاصابة البلهارسيا كلما كانت حادة وحديثة تكون هذه الكرات الملونة كثيرة وبالعكس تقل اذا ازمنت هذه الاصابة اذ تقل فى هذا الوقت المقاومة الكراتية Défense phago cytaire

الكرات الملونة ليست خاصة بالديدان فقط فقد توجد ايضا فى أحوال الديدان الموجودة بالانسجة والاوعية كالبلهارسيا والفلاريا والتريكين و بعض الامراض كالربو وما أشبه واللسميا وأمراض نخاع العظام والتسمم بالبنزين

والايوزونوفيل يكون وجوده فى الدم سبباً فى تشخيص بعض الأمراض كما يدل على ذلك المشاهدة الآتية : طفلة صغيرة عندها حركة حمية وضعف بنية واضطراب معدى ففى أول الأمر كان التشخيص غير معلوم و ببحث الدم ووجود الكرات الملونة بكثرة اتضح التشخيص وبالأدوية الطاردة للديدان زالت الأعراض الحمية وصارت الطفلة فى صحة جيدة وكذلك الأكياس الديدانية وبحث الدم ووجود الكرات الملونة بكثرة تساعد جداً على التشخيص

رسالة أثرية فى العلقات الطفيلية

التى تصيب الانسان

مترجمة عن مجلة أمراض المناطق الحارة وصحتها الصادرة فى لندرة

بتاريخ ١٥ مارس سنة ١٩٢٢

للطبيب العربى ابن سينا (افيسينا) مع ترجمة حياته

للدكتور محمد خليل M. D., Ph. D., M. R.C. P., D. P. H. etc

من قسم ابحاث الديدان الطفيلية فى مدرسة أمراض المناطق الحارة بلندرة

وجدت فِى المكتبة الشرقية فى المتحف البريطانى رسالة عربية بخط يد

عظيمة الاهميـة للباحثين فى علم الطفيليات وهى جزء من كتاب القانون فى الطب لابن سينا، وذلك الكتاب هو عبارة عن دائرة معارف فى الطب والعلاج والتشريح وعلم وظائف الاعضاء، وهذه الرسالة جزء من المجلد الثالث من ذلك الكتاب وبها سبعة فنون الفن السادس عشر فى أمراض المستقيم، والفن الثامن عشر فى أمراض الكلى، والتاسع عشر فى المثانة والبول، والعشرون فى الاعضاء التناسليـة للذكور والواحد والعشرون فى الاعضاء التناسلية للنساء وبه فصل فى الولادة، والثانى والعشرون فى أمراض الجلد والاطراف

وهذه الرسالة تقع فى ٤٨٤ صفحة وليس بها فهرست والعـناوين وأسماء الامراض مكتوبة بالحبر الاحمر وكذلك لفظتا — العلامات — والعلاج — والباقى مكتوب بخط واضح بالحبر الاسود

وتاريخ هـذه الرسالة عام ٥٢٥ هجرية الموافق ١١٣١ ميـلادية وهذا التـاريخ يوافق ٩٤ عاماً بعـد موت ابن سينا مما يدل على احتياج شديد لنسخ كتابه

(جاء بدائرة المعارف البريطانية أن — القانون فى الطب — كان الكتاب الوحيد الذى يدرس فى جامعة مونبلييه فى فرنسا من القرن الثانى عشر للقرن السابع عشر وذلك أطول وقت فى تاريخ العالم ظل فيـه كتاب طب واحد هو المرجع الاعلى لاطباء العالم

يلى هذا ترجمة حرفية لما جاء فى الكتاب المذكور

كتاب القانون فى الطب لابن سينا

الفن السادس عشر

المقالة الخامسة . جملة الكلام فى الديدان ومعالجات ذلك

اذا تحصلت مادة وليست مزاجاً ما أوتيت أصلح ما يتحمله من هبـة

وصورة ولم تحرم استعدادها للكمال الطبيعى الذى يحسبه من الصانع القدير وكذلك ما تخلق من الديدان والذباب وما يجرى مجراها عن المواد العفنة الردية الرطبة لان تلك المواد أصلح ما يحتمل أن تقبله من الصور هو حيوة دودية وديدان البطن من هذا القبيل وليس تولدها من كل خلط فانها لن تتولد عن المرار الاحمر والاسود لان أحدهما شديد الحرارة فلا يتولد منه الدود الرطب بل مضاد لمزاجه والاخير بارد يابس بعيد عن مناسبة الحياة وأما الدم فان الصيانة متسلطة عليه والحاجة للاعضاء شديدة اليه وهو مناسب لحالة الانسان وعظمته لا للدود . . . . . بل مادة الديدان هى البلغم اذا سخن وكثر وعفن فى الامعاء بقى فيها وأنت تعلم أسباب كثرة تولد البلغم من المأكولات والتخم وضعف الهضم بأى سبب كان ، ومن مزاج الاعضاء الباردة اومما يولدها الأغذية اللينة اللزجة مثل الحنطة واللوبيا والباقلى ومن سف الدقيق وأكل اللحم الخام والالبان والبقول والفواكه الرطبة والرواضيل والدم والاغتسال بالماء بعد الاكل وكذلك الاغتسال بعد الاكل والجماع على الامتلاء وأصناف الديدان أربعة (طوال عظام) (ومستديرة) (ومعترضة) وهى حب القرع (وصغار) وانما اختلف تولدها بحسب اختلاف ما منه يتولد واختلاف ما فيه تتولد . . . . . (فالطوال) من القبيل الأول وربما بلغت ما فوق الذراع (المستديرة) و(العراض) من قبيل الثالث وان كانت قد تتولد أيضاً فى الامعاء العليا خصوصاً الغلاظ العظام منها وربما لم تتولد الا فى قولون وأعور ثم انتثرت من جانب الى المقعدة ومن جانب الى المعدة (والصغار) من قبيل الثانى (ماكان فى الاعور ومعا قولون) . . . . وأقلها ضرراً (الصغار) لانها صغار ولأنها بعيدة عن الأصول . . . . .ثم الطوال فانها ليست فى رداءة العراض لأن مادتها أى مادة العراض أشد عفونة (والعراض والصغار) اكثر خروجاً من المقعدة للقرب منها وللضعف فلا يستطيع أن يتشبث بالمعا

واذا كانت بصاحب الديدان حمى كانت الاعراض قوية خبيثة

وقد حكى بعضهم أنها نقبت الامعاء وخرجت منه وذلك عندى عظيم . .
وربما كان احتباسها فى الامعاء واحداثها للعفونة سبباً للحمى . . . . . ومن
احداثها القولنج وقد يتولد بسبب الديدان والحيات صرع وقولنج وقد يتولد
جوع كلبى لشدة خطفها الغذاء وربما ولدت بوليموس وأسقطت القوى من
فم المعدة بصعودها اليه وتقديرها له وربما تبع الحالين خفقان عظيم وكثر ما
يتولد فى سن الصبا والترعرع والحداثة (وحب القرع) فى الأكثر يتولد
فيمن فارق سن الصبا

وهى تتواتر فى الخريف اكثر من سائر الفصول لتقدم من تناول الفواكه
ونحوها وللعفونة وهى تهيج عند المساء ووقت النوم اكثر والتعب والرياضة
الشديدة قد تسهل الديدان واذا خرجت الديدان من صاحب الحميات الحادة
حية لم تكن بشديدة الرداءة ودلت على صحة من القوة واقتدار على الدفع
وخصوصا بعد انحطاط وان خرجت ميتة كانت علامة رديئة وبالجملة فان خروجها
فى الحميات مع البراز ليس بدليل جيد وخصوصاً قبل الانحطاط ولكن
الحى اجود واما خروجها لا فى حال الحمى اذا كان معها دم فهو ردئ ايضاً ومنذر
بآفة فى البدن أو الامعاء واما خروجها بالقئ فيدل على اخلاط ردية فى المعدة

فصل فى العلامات

أما العلامات المشتركة فسيلان اللعاب ورطوبة الشفتين بالليل وجفوفهما
بالنهار بسبب ان الحرارة تنتشر فى النهار وتنحصر فى الليل فاذا انتشرت الحرارة
انجذبت الرطوبة معها فجاعت الديدان وجذبت من المعدة فجففت السطح
المتصل بها من سطح الفم والشفة واعانها على تجفيف الشفة الهواء الحار الخارج
فطلب المريض ترطب شفتيه بلسانه وقد يعرض لصاحب الديدان ضجر
واستثقال الكلام ويكون فى هيئة المغضب السيئ الخلق وربما تؤدى الى الهذيان
لما يرتفع من بخاراته الرديئة وتعرض له أعراض فرانيطوس سوى انه لا يلقط

الزبير ولا يصدع ولا تطن اذنه ويعرض له تصريف الاسنان وخصوصاً ليلا ويكون فى كثير من الاوقات كانه يمضغ شيئاً وكانه يشتهى ولع اللسان ويعرض له توثب فى النوم وصراخ فيه وتململ واضطراب هيئة وضيق صدر على ما ينبهه ويعرض له على الطعام غثيان وكرب وينقطع صوته ويضعف نبضه وعند الهيجان يكون كالساقط ويكون برازه فى اكثر الاحوال رطبا واما سقوط الشهوة واشتدادها فعلى ما ذكرناه فى باب الاسباب وربما عرض عطش لا رىّ معه وكذلك قد تعرض لهم امراض ذكرناها هناك واذا اشتدت العلة والوجع سقطوا وتشنجوا والتووا كانهم مصروعين وربما عرض لهم فى مثل هذا الوقت ان يتقيؤها وتختلف الوانهم والوان عيونهم فتارة تحول الوان عيونهم ووجوههم وتارة ترجع وربما انتفخوا وتهيجوا . وتحدث بطونهم كالمستسقيين وكانما بطونهم جاسية وربما ورمت خصاهم ويعرقون عرقا باردا مع نتن شديد واما العلامات لتفاصيلها فمنها مشتركة التفاصيل وهى خروج ذلك الصنف من المخرج ثم الطوال يدل عليها دغدغة فم المعدة ولذعها ومغص يليها وعسر باع وسقوط شهوة فى الاكثر وتفزز من الطعام وفواق وربما تأذت الرئة والقلب لمجاورتها فحدث سعال يابس وخفقان واختلاف نبض ويكون النوم والانتباه لا على الترتيب ويكون كسل ونقص للحركة وللنظر وللتحديق وفتح العين بل تميل الى التغميض ويعرض لعيونهم ان تحمر تارة ثم تكمد اخرى وربما تمددت بطونهم وربما عرض لهم اسهال (واما العراض والمستديرة) فان الشهوة فى الاكثر يكون معها لانها فى الاكثر تبعد عن المعدة فلا يتكافيها وتختطف الغذاء وتتحرك عند الجوع حركات مؤذية قارصة منهكة للقوى مرضية بمقطعة فيما يلى السرة وأما (الصغار) فيدل عليها حكة المقعدة ولزوم الدغدغة عندها وربما اشتدت حتى احدثت الغشى ويجد صاحبها عند اجتماعها فى امعائه ثقلا تحت شراسيفه وفى صلبه ومما ينفع هؤلاء كلهم ان يتحسوا عند النوم شيئاً من الخل

فصل فى العلاج

الغرض المقصود من معالجات الديدان ان يمنعوا من المادة المولدة لها من المأكولات المذكورة ان تنقى البلاغم التى منهـا تتولد وان يقتلوا بأدوية هى سموم بالقياس اليها وهى المرة الطعم منها حارة ومنها باردة نذكرها والادوية التى تفعل بالخاصية ثم يسهلوا بعد القتل انلم تدفعها الطبيعة بنفسها ولا يجب ان يطول مكوثها فى البطن بعـد الموت والتجيف فيضر بخارجها ضرراً سمياً والادوية الحارة التى الى الدرجة الثالثة اوفق فى تدبيرها كل وقت ان لا يكون حمى او ورم فان الحارة المرة تضاد مزاجها بالحرارة والحلو قد يوجد من المشروبات والحقن ما يجمع الخصال الثلاث واما المحمولات فهى اولى ان تخرج من ان تقتل الا ما كان فى المستقيم من صغار الديدان . . . : وأول ما تعالج بالمشروبات وقت خلاء البطن واذا دست السموم القتالة لها فى الالبان وفى الكباب ونحوه كانت هى على التناول منه احرص وكان ذلك لها اقتل وربما سقى صاحب الديدان مثل اللبن يومين ثم سقى فى اليوم الثالث فى اللبن دواء قتال لهـا وربما مص قبله الكباب فاذا وجدت رائحته اقبلت على المص لما ينحدر اليهـا . . . . واذا استعملت الحقن السمية القاتلة لها فالاولى ان تطلى المعدة بالقوابض وخصوصاً من قاتلة الدود مثل السماق والطرتيت وكذلك الكبر والشبت . . . . . .

واذا شرب الادوية الدودية فيجب ان يسـد المنخرين سداً شديداً ولا يكثر من اخراج النفس وادخاله ما امكنه فان الاصوب ان لا يختلط فى النفس شىء من روائحها

والادوية التى تقتل حب القرع اقوى من التى تقتل الطوال فالتى تقتل حب القرع والمستديرة تقتل أيضاً الطوال والسبب فى ذلك ان حب القرع ابعـد مما يشرب

فصل فى الادوية الحارة القتالة للديدان وخصوصاً الطوال

أما المفردة فمثل الفراسين والقردمانا يشرب منه مثقال والشيح والترمس والثوم خاصة ربما قتل حب القرع

فصل فى الا دوية التى هى اخص بحب القرع والمستديرة هى القطران يستعمل فى الحقن والاطلية والبرنج ولبه والسرخس . . . .

فصل فى تدبير الديدان الصغار

قد يقتلها احتمال الملح والاحتقان بالماء الحار والملح . . . .

فصل فى تغذيتهم

. . . . أما الوقت والترتيب فيجب ان لا تجاع فتهيج . . . . . وان يفرق غذاهم فيطعمون كل قليل . . . . . .

التعليق

ان هناك حقائق كافية فى مقالة ابن سينا لعمل تشخيص دقيق لكل من الاربعة انواع من الديدان المعوية التى ذكرها والجمل والحقائق التى اعتمد عليها فى ذلك التشخيص مذكورة هنا وهناك فى المقالة وبينها حشو او نظريات فيجمل بى ان اجمعها

الدودة الطويلة العظيمة توجد فى الامعاء العليا ويبلغ طولها نحو الذراع (ربما اراد بذلك الساعد لان الذراع يطلق على ذلك بعض الاحيان) وليست مؤذية مثل العريضة ولا تخرج من المقعدة وتحدث سقوطا فى الشهية وميلا للنوم وانتفاخا فى البطن واسهالا ولعلاجها يستعمل حب الشيح فهذه الدودة المعروفة الآن ب (اسكارس لمبريكويدس)

الدودة العريضة المعروفة بحب القرع توجد فى الغالب فى الامعاء العليا ولكن توجد فى أى مكان من الامعاء من المعدة الى المستقيم وتحدث أعراضاً شديدة خبيثة وتخرج من الشرج بنفسها من غير تبرز ولا توجد فى الاطفال

وتحدث جوعاً كلبياً وزيادة فى الشهية للأكل ولا يقتلها الا الادوية الشديدة الفعل التى هى أشد من الادوية اللازمة لطرد الدودة الطويلة (الاسكارس) وقد ذكر فى الادوية النافعة لها السرخس فهـذه الدودة هى المعروفة الآن بالدودة الشريطية ونظراً لأن المسلمين لا يأكلون لحم الخنزير فهى المعروفة ب تينيا ساجيناتا الدودة الصغيرة توجد فى الاعور والقولون وهى اقل الديدان ضررا وتخرج من الشرج من غير تبرز ومن اعراضها الحكة فى المقعدة وقد اشير باستعمال الحقن الشرجية المكونة من الملح والماء الدافئ فى معالجتها فهذه الدودة هى المعروفة الان (اوكسيروس فرميكيولاريس)

الدودة المستديرة توجد فى الأمعاء العليا وقد توجد فى باقى الأمعاء وتصيب فى الأكثر الاطفال فى حداثة السن والشبان وهى قليلة فى الشيوخ فالمتقدمين فى السن وأعراضها تشتد فى الحدة عند المساء وتحدث أعراضاً شديدة خبيثة مثل الدودة العريضة وقد أشار بمعالجتها بالسرخس والقطران والصبر

فهذه هى فى الغالب الدودة العقفاء (انكلستوما ديودونالى)

الدودة الاخرى التى يحتمل أن الوصف الأخير مومى اليها هى دودة الكرباج (التريكورس) لأنها هى الدودة الوحيدة الباقية التى توجد فى الانسان ويحتمل أن تكون قد رؤيت فى ذلك العهد ولكن ينافى هذه الفكرة أن هذه الدودة لا ينطبق عليها كلمة مستديرة لانها أشبه بالكرباج أو الخيط وهى أيضاً لا توجد فى الامعاء العايا ولا تحدث أعراضاً شديدة كالتى وصفت حتى أن بعض الاطباء الآن يعتقد أنها لا تحدث أعراضاً مطلقاً وزيادة على ذلك فهى عسيرة عزيزة الاكتشاف فى تشريح المرضى

هذا اذن أقدم وصف صحيح ذكر فيه الانكلستوما والمرض الناشىء عنها ووصف أعراض المرض والأعراض الناشئة عن الديدان الأخرى يحتوى على ملاحظات دقيقة ذات أهمية كبرى فقد أكد المؤلف تعدد واختلاف الاعراض

فى تلك الامراض وقد ذكر ضمنها الاعراض النـادرة مثل انسداد الامعاء واختراقها وقد ذكر فى الـكلام على (الاسكاريس) بنوع خاص أعراضا ناشئة عن الرئتين والقلب مثل سـعال ناشف واضطراب فى القلب وعدم انتظام فى النبض ولـكـنه غير محتمل أن تكون هذه العلامات هى الناشـئة فى أوائل العدوى بهذه الدودة نتيجة اختراقها الرئتين فى طريق وصولها للامعاء الحقيقة التى اكتشفت حديثا والنظرية التى بنى عليها العلاج الذى أشار به هى النظرية المتبعة الى وقتنا هذا فقد أشار بوضوح وجلاء الى كيفية الاستعمال والأسباب التى بنى عليها ولـكنه ليس من المعلوم اذا كان ذلك نتيجة اكتشاف ابن سينا أم نقلا عن سواه من الاطباء ولـكن على كل حال الفضل يرجع اليه فى أنه أول من دون تلك الحقائق

اما قائمة العقاقير التى أشار بها فطويلة جداً ولم أتمكن من ترجمتها كلها ولـكنه وصف الشيح (للاسكاريس) والسرخس (للدودة العريضة) وللانكلستوما والحقن بالماء الملح (للاوكسيروس) وكل هذا مستعمل الان

وبما أن ابن سينا قد ذكر المواضع فى الامعـاء الموجود بها كل نوع من هذه الديدان يستنتج أنه كان يمارس التشريح المرضى وبذلك أمكنه فحص الامعاء بعد الوفاة

يلى ذلك ترجمة حياة ابن سينا نقلا عن كتاب

« وفيات الاعيان لابن خلـكان »

العنه

للدكتور كامل جرجس

العنه هى العجز عن تأدية الوظيفة التناسلية بشكل طبيعى . وهى تصيب الجنسين غير أن نسبة وجودها فى الرجال اكثر منها فى النساء . ويظهر أنها

موجودة بين الرجال بنسبة لا يستهان بها اذ أتذكر أنى لما كنت بقصر العينى كان لا يكاد يمر يوم أحضر فيه العيادة الخارجية بقسم الامراض الباطنية الا وأسمع من مريض أو اثنين هذه الشكوى اما وحدها أو ضمن أعراض أخرى

ولما كانت كتبنا الطبية المتداولة بأيدينا بالمدرسة لا تتناول أمثال هذا الموضوع بالبحث الكافى بل تذكره عرضاً فى سياق شرح مرض آخر كالبول السكرى مثلا فقد عنيت بالبحث عنه فى كتب خاصة بأمثال هذه المواضيع واستخلصت زبدته التى أتقدم بسردها فيما يلى على قراء المجلة من الزملاء الأفاضل وغيرهم ممن قد يجدون فائدة من مطالعتها

يمكن تقسيم العنه الى اربعة اقسام رئيسية

(أولا) ضعفى (Atonic)

(ثانيا) عرضى (Symptomatic)

(ثالثاً) عقلى أو وهمى (Psychichal)

(رابعاً) عضوى (Organic)

والآن فلنتناول كل قسم بشرح أسبابه وعلاجه .

(أولا) قد نجد هنا أن المريض كان أسيراً للعادة المضرة أو للافراط التناسلى أو أصيب بالسيلان أو الزهرى . والاعراض التى يشكوها هى فتور قوة الانتصاب تدريجياً وسرعة القذف بحيث يفقد المريض ثقته فى نفسه ويصبح عصبى المزاج شديد القلق شاحب اللون تعتريه آلام فى القطن والظهر وميل متكرر للتبول (الذى قد يكون مؤلماً أحياناً) ويحصل له استنوام ليلا

وفى الاحوال الشديدة تنعدم قوة الانتصاب رغم بقاء الشهوة وتزداد الاعراض الآنفة الذكر مع ظهور أعراض معدية وعصبية مع امساك وصداع وارق وخفقان فى القلب وانحطاط فى القوى

العلاج . اراحة أعضاء التناسل وتحويل دفة الفكر والعادات الى طريق جديدة تنسيها الماضى وتشغلها عن العودة اليه . ويوصى بعمل حمامات ساخنة

قبل النوم ويعطى مسكنات من نوع برومور البوتاس والبـلادونا والواريانا وتفحص قناة مجرى البول بمنظار (يوريثرسكوب)

أما الاحوال المتقدمة المنعدمة فيها قوة الانتصاب فبعد استعمال المسكنات السابقـة يتبع العلاج بالكهرباء بوضع القطب الايجابى على العجان أو العمود الفقرى والسلبى على عضلات القضيب والبروستاتا من داخل المستقيم . ويمكن أيضاً تنبيه جلد القضيب بالفرشة ذات الاسلاك الكهربائية . ويجب الابتداء ببطريات قليلة يصير زيادتها تدريجياً الى الحد الذى يلائم المريض

ويجب ملاحظة تأثير البرومور فاذا تسبب عنـه اعراض معدية أو طفح يوقف استعماله ويستعاض عنـه بخلاصة الساليكس نيجرا السائلة بمقدار درهم واحد ٣ مرات يومياً مع تحت فوسفيت الجير لمدة بضـعة أسابيع حتى اذا ما تحسنت الحالة نوعاً تعطى المقويات كشراب فيلوز أو الحبوب الآتية :

فوسفيت الزنك	٤ قمحه	يمزج ويعمل ٤٠ حبة
سلفات الكينين	٤٠ »	يؤخذ حبة ٣ مرات فى اليوم
زرنيخات الحديد	٥ »	

ويصير ايقاف الأدوية من حين لآخر لاراحة الجسم . وزيادة عن حمامات الليل الساخنة تعمل حمامات باردة او فاتره فى الصباح : وينصح المريض بتغيير الهواء والحموم فى مياه البحر المالح والاجتهاد فى ادخال اسباب التسلية والسرور فى معيشته . واذا كان متزوجاً يطلب منه الاعتدال فى اداء الوظيفة الزوجية . واذا كان اعزباً ينصح باتباع معيشة الطهر والعفاف او السعى للتزوج .

ويصير علاج فقر الدم والامساك وضيق فتحة الحشفة (فيموزس)وغيرها من الاعراض كل بما يلائمة .

(ثانياً) من اسباب هذا القسم التعرض مدد طويلة لدخان المعامل التى تشتغل فى الرصاص والزرنيخ واليود وغيرها . والاستمرار زمنا طويلا على تعاطى بعض العقاقير الطبية كالبرومور واليودور والكلورال . والتمادى فى تعاطى

الخمور والمكيفات كالحشيش والافيون والكوكايين . الخ

وهناك بعض عاهات وامراض منهكه ينجم عنها العنه كالديابيطس السكرى وأمراض المخ والنخاع الشوكى والاصابات المفاجئة لهما من سقوط او مصادمة بجسم صلب أو حاد خصوصاً اذا تخلف عن ذلك ضمور عضلى او شلل مصحوب بضمور فى القضيب والخصيتين .

العلاج — ابحث عن السبب وعالجه . الانذار حميد ما عدا حالات الامراض العضوية (Organic) واصابات المخ والنخاع الشديدة .

(ثالثاً) من اسباب هذا القسم خوف العجز عن اتمام الوظيفة التناسلية والغيظ والتهيج الجنسى المبرح . والخوف او الخجل من امكان مفاجأة احد له اثناء الفعل. والاخبار المفجعة . والاستمرار مدة طويلة فى اجهاد القوى العقلية. وقد يكون الرجل عنينا مع امرأة ما لكونه غير حافل او شغف بها او لكراهته لها او لاشمئزازه من شىء بغيض فيها (خلقى او اخلاقى) او من اشتباهه فى خيانتها له اذا كانت زوجته . وقد يحصل أن عجز الرجل مرة عن امرأة يجر وراءه عجزاً مستديماً لدى اى محاولة اخرى معها . وقد يكون هناك عدم تناسب خلقى فى الاعضاء التناسلية فى الرجل أو المرأة او عاهة فيهما كظهور افرازات مصلية او قيحية او دموية او وجود ضيق فى المسالك البولية فى الرجل او التناسلية فى المرأة الى غير ذلك مما قد لا يكون سبباً مباشراً للعنه ولكنه مدعاة اليها لمجرد توهم الرجل ان تلك الاعراض ستولد عنده العنه أن عاجلا او آجلا . كذلك من ابتلوا بعادة الاستمناء فى صباهم ثم سمعوا أو قرأوا عن مضارها الفادحة قد يتوهمون انهم اضحوا اسراء للعنه ويؤثر هذا الخوف على عقليتهم تأثيراً يعجزون معه فعلا عن اداء الوظيفة التناسلية عند اول محاولة لها . وقد يعترى الرجل فى الاسابيع الاولى لزواجه ضرب من العنه نتيجة شغف زائد او حياء او خوف احداث ألم لعروسه ولكن سرعان ما تزول تلك الحالة

بعد تعود الزوجين على بعضهما البعض .

العلاج : قد يكون علاج بعض هاتيك الحالات العصبيه صعباً مالم يتمكن الطبيب المعالج بمهارته وحذقه من اكتساب ثقة المريض التامة فيه . ويحسن بالطبيب اختيار العلاجات البسيطة تجنباً لازعاج المريض بكثرة الادوية ذات الاسماء الضخمة والاّ رسخ فى ذهنه ان مرضه عضال وبذلك يتعذر شفاؤه

ويجب دائماً فحص قناة مجرى البول للبحث عن اى نقطة حساسة فيها أو اى ضيق والمبادرة بعلاجه . ويقرن ذلك باعطاء المريض خلاصة الدميانا السائلة بمقدار ملعقة شاى فى قليل من الماء ثلاث مرات فى اليوم . واستعمال الفرشة الكهربائية لجلد القضيب .

اذا كان المريض قد افرط فى شبابه ويظن انه لم يعد قادراً على الفعل الجنسى فيجب على الطبيب ان يؤكد له انه يستطيع استرجاع قواه الحيوية المفقودة بكفه عن اساليب جنونه الماضى وانصرافه لتقوية عضلاته وتجديد نشاطه بالرياضة البدنية فى الهواء الطلق والمقويات والمعيشة الخلوية الهادئة وكبح جماح نفسه ليس فقط عن الافعال الشائنة بل عن التفكير فيها أيضاً .

(رابعاً) من أسباب العنه العضوية الصغر النسبى للقضيب كما فى حالات السمن المفرط الذى تبرز فيه البطن بروزاً قد يحول احياناً دون وصول قضيب الرجل لاعضاء المرأة التناسلية . كذلك فى الفتق الاربى الكبير الذى يسبب تضخم الصفن لدرجة يصبح معها القضيب غائراً وطبعاً علاج هذه الحالة الوحيد هورد الفتق الى البطن ولبس حزام يمنع رجوعه وافضل من ذلك العلاج الجراحى للفتق .

وقد يتضخم القضيب بسبب داء الفيل وهى حالة لا ينفع فيها علاج غالباً .

وقد يتقوس القضيب ويصير ايلاجه مؤلما أو مستحيلا نتيجة انكماش فى الجسم الكهفى دون الجسم الاسفنجى . او يتعذر انتصابه نتيجة وجود جزائر لمفاوية متصلبة فى انحاء الجسمين المذكورين أو بوصول التهاب سيلانى

الى الانسجة القابلة للانتصاب فى القضيب أو اورام صمغية زهرية فيها . وقد يكون شكال القضيب (Froenum) قصيراً جداً بحيث يسبب انحناء طرف القضيب الى سفل . ويمكن للجراح اصلاح اغلب تلك التقويسات مالم يكن للزهرى اصبع فيها والا يقوم الزرنيخ والزيبق واليودور مقام المشرط .

وقد تكون الخصيتان او البربخ مشوها او ناقص النمو او معطوباً .

وقد يصيب الخصيتين ضمور نتيجة امراض بالمخ او النخاع الشوكى . وقد تعتورهما أورام سرطانية أو درنية وفى كل هاتيك الحالات يتعذر شفاء العنه الناجمة عنها .

ومن اسباب العنه أيضاً اصابة الخصيتين بالزهرى ولكن علاج ذلك ميسور طبعاً بعقاقير الزيبق وشركاه

واذا كانت المصابة خصية واحدة فقط قد يستطيع المريض ان يتمم الوظيفة التناسلية ولكن بعد حين تقل شهوته تدريجياً حتى يصبح عنيناً .

وقد يضطر الجراح احيانا لاستئصال الخصيتين ومع ذاك يظل المريض قادراً على الوطء والانزال كأن الحويصلات المنوية تحاول سد الفراغ الذى احدثه فقد الخصيتين . غير ان القدرة على الجماع قلما تستمر اكثر من سنة واحده .

واذا جاوز المريض الخمسين او الستين من عمره وكان يشكو من العنه وكان متزوجاً او اعترف بالافراط فى شبابه فيحسن تفهيمه أو على الاقل التلميح اليه أن قدرة اعضاء التناسل على الاستمرار فى وظيفتها آخذة فى الاضمحلال وأنه يستحيل أن يطمع الانسان ان يظل طول حياته شاباً قويا .

أما اذا كان قوى البنية ولم يسرف فى قواه الحيوية فى صباه فيمكن اصلاح ما يشكوه من ضعف تناسلى باعطائه المقويات بمقادير صغيرة لمدد طويلة وحمله على العناية بصحته بوجه عام . ولا بأس من تجربة العلاج بالكهرباء أيضاً .

الى هنا انتهى الكلام عن العنه فى الرجال وان شاء الله اتبعه بشرح العنه فى النساء لاستكمال الفائدة والله المعين .

حالة انسداد غريبة بالمستقيم

للدكتور عوض صدقى

مفتش صحة مركز السنطة

فاطمة ابراهيم طفلة قروية تبلغ من العمر ثمانى سنوات عرضها والدها على وشكا الى من أن الطفلة لها ثلاثة ايام لم تتبرز ولم تتبول

وقد اعطوها مسهلا على ثلاثة دفع اثنين من سلفات المانيزيا والأخيرة من زيت الخروع فتقايأت الطفلة ما أخذته وازدادت حالتها سوءا فى اليوم الثالث وأشارت عليهم الداية بعمل حقنة شرجيه من الماء والصابون لها فلما عملوها ردت الحقنة بالثانى بدون نتيجة واخذت الطفلة تتقايأ موادا كريهة الرائحة ممزوجة بالبراز

أخذت فى فحص الطفلة فوجدتها هزيلة القوى لسانها مغطى بطبقة بيضاء كثيفة . نبضها سريع ضعيف يتراوح مابين ١٢٠ و ١٤٠ فى الدقيقة ونوبات تنفسها ما بين ١٦ ر٢٠ فى الدقيقة وحرارتها ٥ / ٣٩ درجة بمقياس سنتيجراد منتفخة جدر البطن شديدة الألم والحساسية فوقها

وجدت الشرج مفتوحا تسع فوهته اصبعين بسهولة والعضلة الشرجية الظاهرة منقلبة للخارج ومحاطة بأوزيما شديدة وبوضع الاصبع السبابة فى المستقيم لم أعثر على شيء على طول مداه غير أنه تلوث بقليل من المخاط والدم

اردت معرفة تأثير الحقنة الشرجية بنفسى فحضرتها من ماء وصابون وزيت الزيتون ولما حفظت المزيج بداخل المستقيم شعرت بأنه يرتطم بمادة صلبة رنانة

ولشدة تألم الطفلة المذكورة لم اتمكن من ادخال المنظار الشرجى فوضعتها فى وضع (Trendenberg)واستعنت بتسليط اشعة مصباح يدكهربائى فتمكنت من رؤية جسم أبيض اللون آخذا شكل استدارة الامعاء موضوعاً كسدداة محكمة على بعد ٧ سنتيمترات تقريباً من الشرج .

وقد أخذت فى معالجة هذا الجسم بواسطة جفت طويل فاستخرجت القطعة الأولى منه فاذا هى قطعة من العظم وبالتدريج استخرجت بقية القطع فاذا هى اثنتا عشرة قطعة من العظم طول كل منها خمسة سنتيمترات تقريباً محددة الاطراف اذا وضعت بجوار بعضها كونت سدادة محكمة وهى التى شوهدت بالمستقيم وبمجرد استخراج هذه القطع شعرت الطفلة فى الحال بالميل للتبرز ففرغت ما كان مخزوناً بالمستقيم والمثانة وزالت بذلك جميع الاعراض التى كانت تشكو منها

ان تشخيص هذه الحالة سهل لوجود جميع الاعراض الاكلينيكية السابق ذكرها غير أن الغريب فى هذه الحالة هو موضع الانسداد ونوعه لانه لم يخطر على بال أى انسان أن طفلة فى هذه السن تزدرد كمية كبيرة من العظم بهذا الحجم وتمر بالمعدة والامعاء حتى موضعها التى شوهدت به فتترامى وتكون هذه السدادة التى هى الاولى من نوعها فى مشاهداتنا اليومية

الصدمة

نقلا عن المجلة العلاجية مختصراً من أبحاث الجمعية الطبية الملوكية

تعريب الدكتور امين عوض الله

ذكرت المجلة أولا محاضرة الاستاذ بايلس Bayliss التى سننشرها فى العدد المقبل من المجلة الطبية المصرية وفى أثناء البحث تحقق بالتدريج أن العامل الهام ان لم يكن العامل الوحيد هو نقص كمية الدم فى الدورة وهذا لا ينطلق على الصدمة التى تنشأ من نزيف الدم خارج الاوتية فقط ولكنه يحدث أيضاً فى الحالات التى لا يظن فيها وجود نزيف وفضلا عن معرفة ان الاعراض العمومية للنزيف وللصدمة متشابهة فان مقياس الدم فى الدورة ظهر بأنه ينقص فى كلتا الحالتين

ويظهر أن الدم يتجمع فى محل ما فى المساحات المتسعة من الدورة والملاحظات التى عملت فى أثناء عمليات فتح البطن لم تدل على اتساع فى قطر الشرايين أو الاوردة فى مساحة البطن . وقد وصف الدكتوران ديل ولدلو Dale and Laidlaw مفعول مادة قلوية تدعى هستامين histamine وهذه المادة ظهر أن لها خاصية مؤثرة فى اتساع قطر الاوعية الشعرية ولكنها لا تؤثر فى الشرايين الصغيرة واذا اعطيت بمقادير كبيرة فانها تحدث حالة صدمة شديدة ويوجد ما يحمل على الظن أن مثل هذه المواد تتكون فى العضلات المصابة والمهروسة

وقد ظهر أيضاً زيادة عن ذلك أن تدليك العضلات المصابة فى التجارب التى أجريت على القطط يتسبب عنه نزول سريع فى الضغط الدموى ولذا يوجد عندنا سبب ظاهر لحفظ الاجزاء المصابة ثابتة كما يعمل بواسطة الجبائر فى حالة كسر عظم الفخذ

والدكتور ديل تكلم باسهاب فى موضوع خواص الهستامين فقرر أن هذه المادة ليس البحث عنها مفيداً من جهة النظر اليها خاصة ولكن لانها نوع من المواد الناشئة من تحلل ذرة الأزوت بواسطة مفعول البكتريا

وقد استخرج أنواع من هذه المواد من كافة أعضاء الجسم وهى موجودة بكثرة طبيعية فى محتويات الامعاء الصغيرة ويظهر أنها تحدث فى كل أنواع الانسجة كنتيجة للاصابة أو لوقوف الدورة الدموية مؤقتاً

وهذه المادة تسبب الانقباض فى كل العضلات البسيطة Plain ويشمل ذلك الشرايين ومع ذلك فانها تحدث سقوطا فى الضغط الدموى لا بأضعافها للقلب ولكن بتمدد الاوعية الشعرية واذا أعطيت بمقادير كبيرة فانها تسبب هبوطا عظيما مثل الصدمة وأهم اعراضها هو أوليجميا oligemia والقلب يستمر فى الانقباض بقوة ولكنه يكاد يكون خالياً من الدم وكذلك الشرايين والاوردة الكبيرة ونقص السائل فى الانسجة وضح بزيادة كمية الكرات فى

الدم ولكن ليس لدرجة تعلل نقص كمية الدم وبطريقة ما فان الدم قد خرج من الطريق المعتاد

وفى القلب والأوعية الكبرى وفى جزء عظيم من الانسجة ظهر بأن الدورة وقفت تماماً وبطريقة الاستنتاج ظهر للمؤلف أن الدم يكون فى هذه الاحوال موجوداً فى الأوعية الشعرية واستنتج أيضاً أن مفعول الهستامين هو بتأثيره على قوة ضغط الأوعيـة الشعرية الطبيعى وقد خطر للمؤلف أنه فى الأحوال العادية يستعمل عدداً محدوداً من شبكة الاوعية الشعرية فى ظرف ما. كطريق مرور للدم أنه بفتح كل الطرق الممكنة فى الأوعية الشعرية يحدث منه ترشيح الدم فى الأنسجة كما لو كانت مثـل الاسفنج وبذا تصل كمية الدم الواصـلة للاوردة ويترتب على ذلك نقص كمية الدم الخارجة من القلب

وبعـد ذلك أظهر البروفسر ريتشارد بطريقة مباشرة أن الهستامين يؤثر على قوة ضغط الأوعية الشعرية واتساع الأوعية الشعرية هذا مع رشح البلازما يظهر بطريقة عامة فى الجسم وهو ما يعبر عنه بالتهاب بسيط اذا كان محلياً

تأثير التبغ فى مرضى السل الرئوى [1]

تختلف وجهة نظر الاطباء بخصوص التصريح بتدخين التبغ لمرضى السل الرئوى. فبعضهم قد يحذر مريضه أو يمنعه بتاتاً من التدخين. والبعض يصرح ولكن بقلة مع عدم استنشاق الدخان فى الرئة. وكثير من الاطباء قد لا يعير الموضوع أهمية الا انه قد يبدى عدم التصريح لغير ما سبب

واختلفت أيضاً آراء الثقاة فى هـذا الموضوع فقال (Fish brurg) أن ليس للتدخين تأثير على رئة المسلولين وقال Kraus أيضا بعدم تأثير ضار وذكر

---

(١) مترجمة عن E.A. Duncan, M.D. , EL Paso, Texas.

Web بعد عمل احصائيـة على بعض مرضى من الجنـد أنه لم ير أن التدخين يهيئ الشخص لعـدوى السل : ولم يجد Dubof أن مضاعفات الزور فى المتعودين التدخين اكثر مما فى غيرهم وقال Cornet بجواز التصريح باعتـدال متى كان الحلق سـليما وقال Wittich بضرره فى المسلولين وقال Brown يجب عمل كل جهد لابطاله على الاقل لمدة ما

أما Pottenger فقال بعـدم فائدة التبغ للمرضى بل قال أنه يحدث ضرراً ولا يلزم التصريح به.

ولعـل جميع الذين اعطوا رأيهم فى هـذا الموضوع كانت وجهة نظرهم أن سبب ضرر التبغ ناتج عن التهيج الموضعى الذى يحدثه التبغ ولـكن هناك وجهة اخرى وهى التنبيه لدورة الدم التى تنشأ عن التدخين وهو ضار لكثير من المرضى

على أن أحد مرضاى النبهاء وجه نظرى لهذه الحقيقة لانه لاحظ ارتفاع درجة حرارة جسمه بعد تدخين سيجار وفعلا ثبت بعد التجربة صحة هذه النظرية

وكان هذا المريض خفيف الاصابة بمرض السل الرئوى وكان جسمه ممتلئا وحالته العمومية جيدة الا أنه رغما عن ذلك فقد مكث عدة شهور كان فيهـا نبضه بين ٩٩ و ١٠٠ فى الدقيقة وترتفع درجة حرارته الى ٩٩٫٣ أو ٩٩٫٥ ف وكانت عادته التدخين باعتدال

وكان نبضه العادى ٧٠ لغاية ٧٦ فى الدقيقة الا انه كان اذا تناول سيجارا بعـد الظهر يشاهد سرعة النبض من ٩٠ الى ١٠٠ ويمكث هكذا طول اليوم وحينما منـع المريض عن تدخين سيجار المساء لوحظ أن النبض لم يسرع عن ٨٠ ولم يشاهد ارتفاع فى درجة الحرارة وقد خبرت هذه التجربة فصدقت فى مرضى آخرين

وتعبير هذه الظاهرة هو لسبب حدوث ارتفاع فى ضغط الدم وزيادة سرعة النبض كما هى حقيقة تأثير التبغ فى المعتادين عليـه وبما ان كمية الدم تزيد فى

الرئة فذلك ما يساعد على زيادة نسبة سير التسمم Toxins فى الدم وهو سبب ارتفاع درجة الحرارة وهى نفس الظاهرة التى تحدث بواسطة الرياضة او المجهود العضلى فى المسلولين وعليه فمن الواضح وجوب منع التدخين للمرضى الذين يحدث لهم نزف رئوى أو يشاهد وجود دم فى بصاقهم

وهذه التجربة لا تشاهد فى كل مريض والبعض يدخنون التبغ ولا يحدث عندهم أى تأثير ضار ولـكن من الحصافة اجراء هذه التجربة فى اى حالة يطلب فيها ابداء الرأى عن صلاحية أو ضرر تدخين التبغ فى حالات السل الرئوى

الدكتور حسن كامل بشرا

ظهور الزرنيخ فى اللبن

عقب الحقن داخل الوريد بالأرسفينامين

مترجمة عن مجلة الجمعية الطبية الامريكانية

للدكتور عبد الحميد العرابى

حلل الدكتور فورديس وأل (Fordyce et Al) خمسة وسبعين عينة لبن اخذت من اثنتى عشرة مرضعة تعالجن ضد الزهرى وقد وجد ان لبن الثدى عقب الحقن داخل الوريد بالزرنيخ يحتوى على كميات محدودة من الزرنيخ من وقت لآخر تعادل فى بعض الاحيان كمية الزرنيخ الموجودة فى دم هؤلا الذين تحت العلاج .

ووجود الزرنيخ فى لبن الأم ثابت اكثر منــه فى الدم والبول ويوجد بكميات محسوسة بعد مدة طويلة من اعطائه . وخلاصة القول أن الرضيع ربما يحصل على كميات كافيــة من الزرنيخ بواسطة اللبن الذى يتعاطاه يوميـا حتى يكون ذا تأثير علاجى له

وعليه فعلاج الأم المصابة بالزهرى أثناء الرضاعة مستحسن م؟

الادلة فى عمليات الحصوات الصفراوية
وطرق تنفيذها (١)

يعارض اغلب الاطباء فى التبكير بالعملية ويسلم به عدد كبير من الجراحين. والأدلة الموجبة للعملية ليست مستعجلة كما فى التهاب الزائدة الدودية وكلما تيسر يجب تجنب العملية اثناء النوبه . و اطالة العلاج الطبى للحصوات غير مستحسن .

فى الشبان وصغار السن استئصال حوصلة الصفرا (Cholecystectomy) هو العلاج المختار ويجب عمل العملية بعد النوبة الاولى .

أما فى الكبار فيكون العلاج الجراحى واجبا بعد التأكد من عدم فائدة التطبيب ويشدد المؤلف فى عمل العملية مبكراً حيث يتمتع المريض بمقاومة أشد ويكون المرض مقصوراً على الحوصلة ولا تظهر معه مضاعفات أخرى والقلب والرئتان والكليتان قادرة على تحمل عملية كبيرة ويتم الالتحام فى ظروف حسنة .

استسقاء حوصلة الصفرا دليل فصل لعمل العملية الجراحية . التهاب الحوصلة المزمن وانسدادها دليل قاطع على التعجيل بالتداخل الجراحى لان الحالة الجميدة قد تتغير حالا . علاج اليرقان طبيا ينبغى ان لا يطول عن اسبوعين والمانع الوحيد من اجراء العملية ضعف عام شديد فى بنية المريض ويجب فحص البول عن اليروبلين (Urobilin) واليروبلينوجين (Urobilinogen.) وينبغى اتخاذ الاحتياطات فى الحالات التى ازمن فيها اليرقان ضد خطر النزيف وللتحرز من ذلك يؤخذ الكلسيوم من الفم أو الجلاتين . ونقل دم للمريض مفيد جداً

---

(١) مترجمة عن Enderlen 47 versamml, d. deutsch, gesellsch f. Chir 1923

وقد ابطل المؤلف العلاج بالاشعة كاجراء تحرزى

يعمل الشق عادة متوسطا وقد تقطع العضلة المستقيمة أولا ويجب تخلص الحوصلة من مكانها وعزل قناتها وقطعها بين جفوت ويربط الشريان الحوصلى واذا جرح الكبد وجب تضميده بسدادة من الثرب (tamponade) .

لايوافق المؤلف على فعل الجرح بدون تصريف معتقدا بأفضلية التصريف مدة طويلة على عدمه . ويخرج انبوبة التصريف فى اليوم السادس وتتكون الالتصاقات سواء عمل التصريف ام لم يعمل .

أماعن اختيار العملية فيقول المؤلف ان فتح حوصلة الصفرا (Cholecystotmy) هو عمل اسعافى فقط وذلك لا يقى تماما من النواسير ولا من عودة المرض ولهذه العملية قيمتها خصوصاً اذا كانت الالتصاقات التشريحية صعبة المراس وقوة المريض منهوكة .

أما العملية المختارة فهى استئصال الحوصلة المرارية . بعد هذه العملية تنقص كمية السائل البنكرياسى والصفرا ولكن لا ضرر من ذلك واضطرابات المعدة التى تصحب عادة التهابات المرارة لا تخف بالعملية .

شق القناة الصفراوية (Choledochotomy) واجب اذا كان التشخيص انسداد القناة المشتركة الصفراوية بحصاة . أو اذا عثر على حصوات فيها اثناء استئصال الحوصلة ولا ينبغى بحال من الاحوال تأجيل العملية بعد ثلاثة اسابيع انتظارا لخروج الحصاة من نفسها بل يجب عمل الفتحة اذا تيسر من القسم فوق العفج (الاثنى عشرى) أو من قناه الحوصلة . العصوات عند الحلمة يمكن تحريكها بعد تحريك العفج . فتح القناة المشتركة عبر العفج لا يعمل لا فى الحصوات المنحشرة عند الحلمة لان نسبة الوفيات فى هذه العملية كبيرة . تصفية القناة الكبدية عمل لا قيمة له الآن . اذا كان دخول الحلمة سهلا أو تمددت من قبل وكانت الصفرا سائلة يمكن قفل المسالك الصفراوية بدون ضرر ينتج أما اذا كانت جدرانها متغنغرة ومحتوياتها ثخينة او جيبية فالتصفية واجبة

توصيل القناة الصفراوية بالعفج (Choledschoduodenostomy) لا مبرر له اذا كانت القناة المشتركة سالكة ويعمل فقط اذا وجد ضيق فيها ومع كل فهي عملية لا تقي من العودة اكثر من تصفية قناة الكبد . العلاج بالمياه المعدنية عقب العملية ذو فائدة

الدكتور محمد شرف

رجوع الفتق الاربي بعد علاجه جراحيا [1]

علاج الفتق الاربي بعملية جراحية يحتاج لتعقل جراحي سليم في اختيار الحالات وطرق العملية ومهارة فنية عظيمة . ويجب التفريق بين الفتق المباشر وغير المباشر وينبغي استخلاص احتمال عودة الفتق من بحث المريض قبل العملية واثنائها

رجوع الفتق سببه اما خطأ في اختيار المريض أو نوع العملية أو خطأ فني اثناء العملية أو حوادث ناشئة عنها بعدها . الاحوال التي يحتمل رجوع الفتق فيها مهما كانت العملية ومهما كانت مهارة الجراح هي التي يكون فيها الوتر المتحد ضعيفاً أو معدوما وجدار البطن ضعيفا ، كذلك حالات الفتق المنحرف الكبير والمزمن الحاوي لامعاء أو ثرب وتكون غالبا مضاعفة بوجود فتق منزلق . لا توجد طريقة جراحية واحدة نافعة لجميع الحالات غير ان استئصال الكيس وحده كاف لشفاء عدد كبير من الفتوق — نقل الحبل المنوي من مكانه الطبيعي عمل مستحب . في كثير من حالات الفتق المباشر يجب تخييط الورقة الانسية من صفاق الفصلة المنحرفة الظاهرة في رباط بوبارت وتقوية ذلك بنقل الفصلة المستقيمة البطنية فوق ذلك .

---

(١) مترجمة عن A. S. Morrow - Ann. Surgery 1923

أما الغلطات الفنية فتشمل (١) عدم فصل الـكيس تماما من الصفاق المستعرض (٢) ترك فتحة كبيرة للحبل المنوى (٣) عدم انتزاع الـكيس أو عدم الالتفات الى وجود فتق آخر مباشر من النوع المسمى كيس السرج (Saddle - bag) (٤) تعمل الغرز عادة مشدودة جداً وضيقة فيتسبب عنها انقباض وضيق مع ان المطلوب والضرورى فقط هو تقريب الاجزاء من بعضها

(٥) أذى العصب الاربى الحرقفى كثير الحصول ايضاً

(٦) وأكثر أسباب الرجوع حصولا التقيح (الذى يعقبه رجوع الفتق فى ٣٠ ٪ من الحلات المتقيحة) (٧) تفكك الخياطة الباطنة قبل الاوان لعدم ربطها جيداً أو امتصاصها سريعاً (٧) شد الموضع بالحزق أو القىء بعد تخدير عام . وانزلاق الرباط من عنق الـكيس

الدكتور محمد شرف

استقالة

صورة كتاب استقالة الدكتور عبد الحميد العرابى رئيس التحرير

حضرة صاحب السعادة رئيس الجمعية الطبية المصرية

بما انى قد نقلت محل اقامتى الى سمنود حيث عهد الى فى ادارة مستشفى البدراوى باشا واصبحت بذلك غير قادر على مواصلة مجهوداتى فى تولى ادارة تحرير المجلة الطبية المصرية . فانى مع الاسف الشديد مضطر لتقديم استقالتى من هذه الوظيفة

وانى فى الوقت نفسه أؤكد لسعادتكم بأننى أبذل كل ما فى وسعى لمساعدة المجلة واستمرار رقيها وانى أنتهز هذه الفرصة لأبدى عاطر ثنائى وأقدم وافر

شكرى لحضرات زملائى اعضاء لجنة التحرير على ما بذلوه من الهمة فى تحرير المجلة حتى وصلت بفضل مساعدتهم الى ما هى عليـه الآن من التقدم والرقى . وان شاء الله بعناية سعادتكم ومجهودات حضراتهم ستستمر المجلة فى رقيها حتى تصل الى المكانة اللائقة بها فى العالم الطبى

وتفضلوا سعادتكم بقبول فائق احتراماتى ؟ — الدكتور

٢٩ يوليو سنة ٩٢٤ — عبد الحميد العرابى

صورة كتاب الجمعية رقم ٣٣٥

رداً على استقالة رئيس التحرير

حضرة الزميل المحترم الدكتور عبد الحميد العرابى

سلاماً واحتراماً وبعد قد وصلنا كتابكم المؤرخ ٢٩ الماضى وفيه تنبئوننا بعـدم امكانكم الاستمرار على القيـام بأعباء تحرير المجلة الطبية المصرية نظراً لتكليفكم بادارة مستشفى بدراوى باشا بسمنود وانا أزاء ذلك السبب القهرى لا يسعنا الا قبول استعفائكم مع الاسف الشديد وننتهز هذه الفرصة لنقدم لكم بالنيابة عن مجلس الادارة خالص شكره على ما قمتم به من الخدمات الجليلة للمجلة أثناء توليكم رئاسة تحريرها فى هذه المدة الطويلة وما بذلتم من الهمة والعناية فى اعلاء شأنها

وقد كان لتضحياتكم الثمينـة فى ادارة وتحرير المجلة أحسن الأثر فى رقيها حتى وصلت بفضل ذلك وبحسن تعاونكم أنتم وحضرات الزملاء أعضاء لجنة التحرير الموقرة الى الدرجة الطيبة التى نراها اليوم

ولنا وطيد الامل فى أنكم سوف لا تدخرون وسعاً فى امداد المجلة بكل

ما تستطيعون من المساعدة العلمية والادبية ومواصلة مجهوداتكم التى تسجل لكم بالفخر فى خدمة الفن والجمعية الطبية المصرية

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ؟ وكيل الجمعية

٦ اغسطس سنة ٩٢٤ على ابراهيم

أسف ورجاء

يأسف قلم تحرير المجلة لحرمانه من نشاط وسعة اطلاع ومثابرة حضرة الدكتور عبد الحميد العرابى رئيس تحريرها الذى اضطره مركزه الجديد (رئيس أطباء مستشفى البدراوى باشا بسمنود) لتقديم استقالته من رئاسة التحرير

ويرجو ألا تحرم المجلة من مجهوداته العظيمة التى كان يبذلها فى تحريرها نحو الأربع سنوات بقلمه ومشاهداته كما أنه يتمنى له مستقبلا سعيداً وأن ينتفع بعلمه وخبرته الطويلة اهالى المنطقة التى اختارها مقراً لعمله

محضر

الجلسة العامية الثانية والاربعين

اجتمعت الجمعية فى الساعة ١٠ من صباح الجمعة ٦ يونيو سنة ١٩٢٤ بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال رئاسة سعادة الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا وافتتحت الجلسة فى الساعة العاشرة والدقيقة ٢٠ فعرض حضرة السكرتير عدم ضرورة قراءة محضر الجلسة الماضية نظراً لانه نشر بالمجلة فى عددها الاخير الذى وزع على حضراتهم أول الشهر فوافق الجميع على ذلك

ثم دعا سعادة الرئيس الاستاذ الدكتور ظيفل باشا لالقاء محاضرته عن (ما تفعله الديدان بالجسم) وبعد الانتهاء منها شكره سعادة الرئيس وحضرات الاعضاء على بحثه المفيد

ثم تكلم الدكتور على راشد عن مريض بالانكلستوما شوهدت عنده كمية

البول تزيد حتى وصلت ١٦ لتراً ثم أخذت تنقص تدريجياً تبعاً للعلاج ثم تكلم الدكتور النكلاوى بك عن تاريخ استعمال الطرطير بالسودان وانه معروف من سنة ٩٠٨ فى علاج مرض الكالا آزار ولم يعلن عنه الا فى سنة ٩١٨ حيث قدم مدير الصحة هناك تقريراً عن مشاهداته ونتائج علاجه فى علاج مرض البلهارسيا

ثم تكلم سعادة المحاضر على أهمية استعمال الأمتين فى أحوال بلهارسيا الامعاء وذلك نظراً لملاحظة وجود الاميبا بالفحص الميكروسكوبى

ثم قام الدكتور محمد خليل وشكر النكلاوى بك على النبذة التاريخية التى سردها عن استعمال الطرطير بالسودان وتكلم حضرته على أول من استعمل الطرطير واوجز فى سرد تاريخ اكتشاف ذلك العلاج . وقال بأن بلهارسيا المثانة أقل خطراً من بلهارسيا الامعاء وذكر بان اغلب الاطباء يستعملون الامتين فى الاخيرة على غير أساس فنى وقد دلت المشاهدات على أن بلهارسيا الامعاء يصحبها غالبا دوسنطاريا وهذا ما يجعل الامتين مفيداً نظراً لانه يخفف جزءاً كبيراً من ألم المصاب .

ثم انتقل الى الكلام عن الاعراض العصبية التى تشاهد احيانا فى حالات الديدان وذكر ان هذه الحلات نادرة جدا وانه من الواجب الاحتراس عند التشخيص حتى لا تنسب هذه الاعراض لاسباب قد تكون بريئة منها . فشكره الحاضرون جميعاً ورفعت الجلسة الساعة ١١ والدقيقة ٢٥ قبل الظهر م

السكرتير

نشرات ادارية لمصلحة الصحة العمومية

عن سنة ١٩٢٤

نمرة ٦١ — قد تقرر نقل حضرات اطباء مستشفيات الرمد المذكورين بعد اعتبارا من أول يونيو سنة ١٩٢٤

الاسم	من	الى
الدكتور عبد المسيح جرجس افندى	طبيب اول مستشفى الرمد باسيوط	طبيب اول مستشفى الرمد بشبين الكوم
« حسن براده «	« « « « بقنا	« « « « باسيوط
« باسيلى جرجس «	« « عيادة الرمد بدمياط	« « « « بقنا
« عبد العزيز عيسى «	« « مستشفى « نمرا بروض الفرج	« « عيادة « بدمياط
« محمد عباس البقلى «	« « « « نمرة ٢ بالجيزة	« « مستشفى « ببور سعيد
« أمين مجلى «	« « « « ببنى سويف	« « « « نمرة ٢ بالجيزة
« محمد عزيز براده «	« « « « ببور سعيد	« « « « ببنى سويف
« محمود خيرت «	«مستشفى الرمد التابع لمجلس مديرية الدقهلية	« عيادة « الرمد بالسويس
« ميخائيل مينا «	« ثانى « « ببنها	«مستشفى الرمد التابع لمجلس مديرية الدقهلية
« صالح على ابراهيم «	« ثالث « « بطنطا	« ثانى « « ببنها
« حسين فوزى «	« عيادة « الرمد بالسويس	« ثالث « « بطنطا
« محمد محمد مكى «	« « « بمدرسة محرم بك	« عيادات الرمد بمدارس القاهرة
« محمد سامى خليل «	« ثانى « بشبين الكوم	« عيادة « بمدرسة محرم بك
« مصطفى مختار عبد الله «	« بقسم « بعموم المصلحة	« ثانى مستشفى الرمد بشبين الكوم

ونقل حضرة الدكتور عبد الرحمن افندى رشدى طبيب صحة بور توفيق وحضرة الدكتور ابراهيم افندى عبد الله سليم طبيب صحة البرلس كل منهما مكان الآن اعتبارا من ٢٥ مايو سنة ١٩٢٤

نمرة ٦٦ تعيين — عين كل من الأطباء المذكورين بعد بعقد لمدة سنة وبراتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة وعلاوة ٢٠ ٪ وألحقوا بقسم الأوبئة اعتباراً من التواريخ الآتية : —

الدكتور لبيب أفندى شحاته فى ٢٤ مايو سنة ١٩٢٤ ، الدكتور محمود افندى طلعت حمدى فى ٢٦ مايو سنة ١٩٢٤، الدكتور محمد افندى سلام الخولى فى ٢٨ مايو سنة ١٩٢٤

وعين كل من الدكتور محمد افندى توفيق راغب والدكتور محمد افندى الحسينى بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة الأول اعتبارا من ٢٤ مايو سنة ١٩٢٤ والثانى اعتبارا من ٢٧ من الشهر المذكور براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة لكل منهما وألحقا بعموم المصلحة

نمرة ٦٨ تثبيت — تقرر تثبيت الدكتور احمد أفندى خليل عبد الخالق الطبيب بمستشفيات الرمد .

وبما أن الدكتور حسن افندى ظيفل الطبيب من الدرجة السادسة بمستشفى اسكندرية قد مضى مدة الاختبار على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه الحالى

نمرة ٧٢ تعيين — عين كل من الدكتور نصيف افندى توفيق والدكتور عبد الله افندى رفله بوظيفة طبيب امتياز بعقد لمدة سنة الأول اعتباراً من ٢١ ابريل سنة ١٩٢٤ والثانى اعتباراً من ١٢ مايو سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة لكل منهما وألحق بمستشفى قصر العينى

تقرر تعيين الدكتور وصفى افندى عمر (تحت الاختبار) بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢٤ مايو سنة ١٩٢٤ وألحق بعموم المصلحة

نمرة ٧٣ تثبيت — بما أن الدكتور محمد افندى عبد المنعم الديوانى الطبيب بمستشفى اسكندرية مضى مدة الاختبار على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه الحالى

نمرة ٧٤ وفاة — ينعى المدير العام بالأسف وفاة المرحوم الدكتور نجيب افندى خورى طبيب صحة مركز ببا التى حدثت فى ١٩ مايو سنة ١٩٢٤ وقد شطب اسمه من خدمة المصلحة اعتباراً من ٢٠ من الشهر المذكور

نمرة ٧٥ رفت — بما أن مدة عقد الدكتور شفيق افندى شلبى الطبيب النائب بمستشفى قصر العينى قد انتهت فى ١٥ يونيو سنة ١٩٢٤ فقد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ١٦ يونيو سنة ١٩٢٤

نمرة ٧٧ الغاء نقل — قد تقرر الغاء نقل حضرة الدكتور عبد الرحمن بك عمر طبيب أول مستشفى السويس الى مستشفى اسكندرية السابق ادراجه بالنشرة الادارية نمرة ٥٣ المؤرخة ٢٥ مايو سنة ١٩٢٤

نمرة ٧٨ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الأطباء المبينة أسماؤهم بعد الى الجهات المذكورة أمام أسمائهم اعتباراً من ٢٥ يوليه الجارى : —

الاسم	الجهة المنقولة منها	الجهة المنقول اليها
الدكتور أمين افندى نسيم	بوليس مصر	صحة قسم الازبكية
« وصفى افندى عمر	عموم المصلحة	مركز قنا
« محمود افندى عرفه	« «	السنبلاوين قسم ثان
« بانوب افندى حنا	صحة مركز السنبلاوين قسم ثان	البلينا
« محمد افندى الهادى حسين	« « البلينا	صحة مركز الجيزة
« سليمان افندى الحكيم	« « الجيزة	« قسم شبرا
« تادرس افندى غالى زيرق	« « أبو حمص قسم ثان	تفتيش صحة القاهرة
« عبد الرحمن افندى صالح	تفتيش صحة القاهرة	صحة بسيون
« ابراهيم افندى فؤاد	صحة بسيون	صحة مركز شبين الكوم قسم اول
« رزق الله افندى موسى	صحة مركز شبين الكوم قسم اول	صحة مركز طلخا
« ميشيل افندى أيوب	صحة مركز طلخا	صحة مركز المنصورة
« على افندى محمد سبع	« « المنصورة	« « السنبلاوين قسم أول
« زكى افندى يعقوب	عموم المصلحة	« البدارى
« عبد العال افندى منصور	صحة البدارى	صحة مركز أسوان
« وديع افندى جرجس سعد	صحة مركز أسوان	« « سنورس قسم ثان
« زكى افندى عزت	صحة مركز سنورس قسم ثان	« « فارسكور
« ابراهيم افندى صليب	صحة مركز فارسكور	« « زفتى

نمرة ٧٩ تعيين — عين الدكتور حسين افندى محمد ابراهيم بوظيفة طبيب امتياز بعقد لمدة سنة اعتباراً من ١٥ يونيو سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة وألحق بمستشفى قصر العينى

وعين الدكتور توفيق افندى سلامه تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢٢ يونيو سنة

١٩٢٤ وألحق بمستشفى الرمد المتنقل نمرة ١

وعين الدكتور شكرى افندى ساويرس بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتباراً من ٢٥ يونية سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الاوبئة

نمرة ٨٠ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الأطباء المبينة أسماؤهم بعد الى الجهات المذكورة أمام أسمائهم اعتباراً من ١٥ أغسطس سنة ١٩٢٤ : —

الاسم	الجهة المنقول منها	الجهة المنقول اليها
الدكتور فريد افندى لوزه شرقاوى	صحة مركز قويسنا قسم ثان	صحة بندر أسيوط
« محمود افندى صقر	« بندر أسيوط	مستشفى الحميات بالعباسية
« احمد افندى فنى	مستشفى الحميات بالعباسية	صحة مركز الصيف
« سعد الله افندى يوسف	صحة مركز الصف	« بندر دمنهور
« اسكندر افندى سامى روفائيل	« بندر دمنهور	« المطرية
« محمد افندى راشد عبدالله	« المطرية	« مركز بنى سويف قسم ثان
« محمد افندى كامل توفيق	« مركز بنى سويف قسم ثان	« « إتياى البارود
« حسن افندى فراج	تفتيش صحة القاهرة	« قسم الخليفة
« فهيم افندى عبد السيد	طبيب بوليس اسكندرية	طبيب ثالث بوليس اسكندرية
« حسن افندى نديم	« ثالث ببوليس اسكندريه	صحة بندر المنصورة
« اسماعيل افندى فهمى	صحة بندر المنصورة	« قسم باب الشعرية بالقاهرة
« كامل افندى جرجس المصرى	عموم المصلحة	« مركز بلبيس قسم ثان
« يوسف افندى قنديل	صحة مركز بلبيس قسم ثان	« « اسنا
« حليم افندى ميخائيل	« « اسنا	« « العياط
« محمد افندى شعراوى بسيونى	« « العياط	« « منوف قسم أول

نمرة ٨١ تثبيت — بما أن كلا من الدكتور مصطفى افندى مختار عبد الله والدكتور صالح افندى على ابراهيم الطبيبين بمستشفيات الرمد قد مضى مدة الاختبار على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه الحالى

نمرة ٨٢ رفت — تقرر رفت جناب الدكتور تشارلس ماكسويل ايكنس (ناظر مستشفى اسكندرية) وجناب الدكتور هنرى تمبل (طبيب صحة ميناء الاسكندرية) وحضرة الدكتور فيليمون فيتالى (الطبيب بعموم المصلحة) من الخدمة اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٤ بمناسبة اعتزالهم خدمة الحكومة المصرية

وبما أن مدة عقد الدكتور عبد القادر افندى حلمى الشوربجى طبيب الامتياز بمستشفى قصر العينى قد انتهت فى ٣٠ يونيو سنة ١٩٢٤ فقد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٤

نمرة ٨٤ تعيين — عين الدكتور جورجى افندى شحاته بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتباراً من ٣ يوليو سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الاوبئة

وعين الدكتور عبد القادر افندى حلمى الشوربجى بوظيفة طبيب بعقد لمدة ستة شهور اعتباراً من ٧ يوليو سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى الشهر وألحق بملحقات الانكيلستوما

نمرة ٨٥ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٤ وهم : —

الاسم	من	الى
دكتور يعقوب افندى فرج	صحة التل الكبير	صحة مركز منفلوط
« توفيق افندى يوسف	« مركز منفلوط	عموم المصلحة
« جورج أفندى يوسف عقداوى	عموم المصلحة	صحة كوم أمبو
« ناشد افندى كامل جبران	صحة كوم امبو	« مركز شبين القناطر
« زكى افندى عبد السيد	« مركز شبين القناطر	« التل الكبير
« محمود افندى محمد عبدالله	« « كفر صقر قسم ثان	« مركز بلبيس قسم أول
« شفيق افندى استينو	« « بلبيس قسم أول	« « ببا
« راغب افندى صليب	عموم المصلحة	« « جرجا قسم ثان
« عبدالعزيز افندى محمد حتحوت	صحة مركز جرجا قسم ثان	« « منيا القمح قسم ثان
« عبد العزيز افندى المغربى	« « منيا القمح قسم ثان	« سمنود

نمرة ٨٦ رفت — تقرر رفت جناب الدكتور وليم ساكوطبيب صحة ميناء بور سعيد من الخدمة اعتبارا من أول اغسطس سنة ١٩٢٤ بمناسبة اعتزاله خدمة الحكومة المصرية

تاريخ حياة المرحوم الاستاذ

الدكتور السيد عيسى حمدى باشا

ولد المرحوم الفقيد بقرية سنينية تبع مركز شربين سنة ١٢٦٠ هـ وتعلم القراءة والكتابة وكان والده مخزنجيا بسراى الخديوى سعيد باشا فأدخله اسبتالية الجيش باسكندرية (وهو فى سن الرابعة عشر) تلميذا ممرضا وسرعان ما اتقن عمليات الجراحة الصغرى والختان — الحراريق — اللبخ — العلق الفصد — الحجامه — الحزام وفتح الخراجات والدمامل الخ التى تلقى مبادءها على الاستاذ محمد بك فوزى الجراح الشهير وعين مساعدا للجراحة الصغرى بالاسبتالية السعيدية بمرتب شهرى ١٥٠ قرشا سنة ١٢٧٨ هـ.

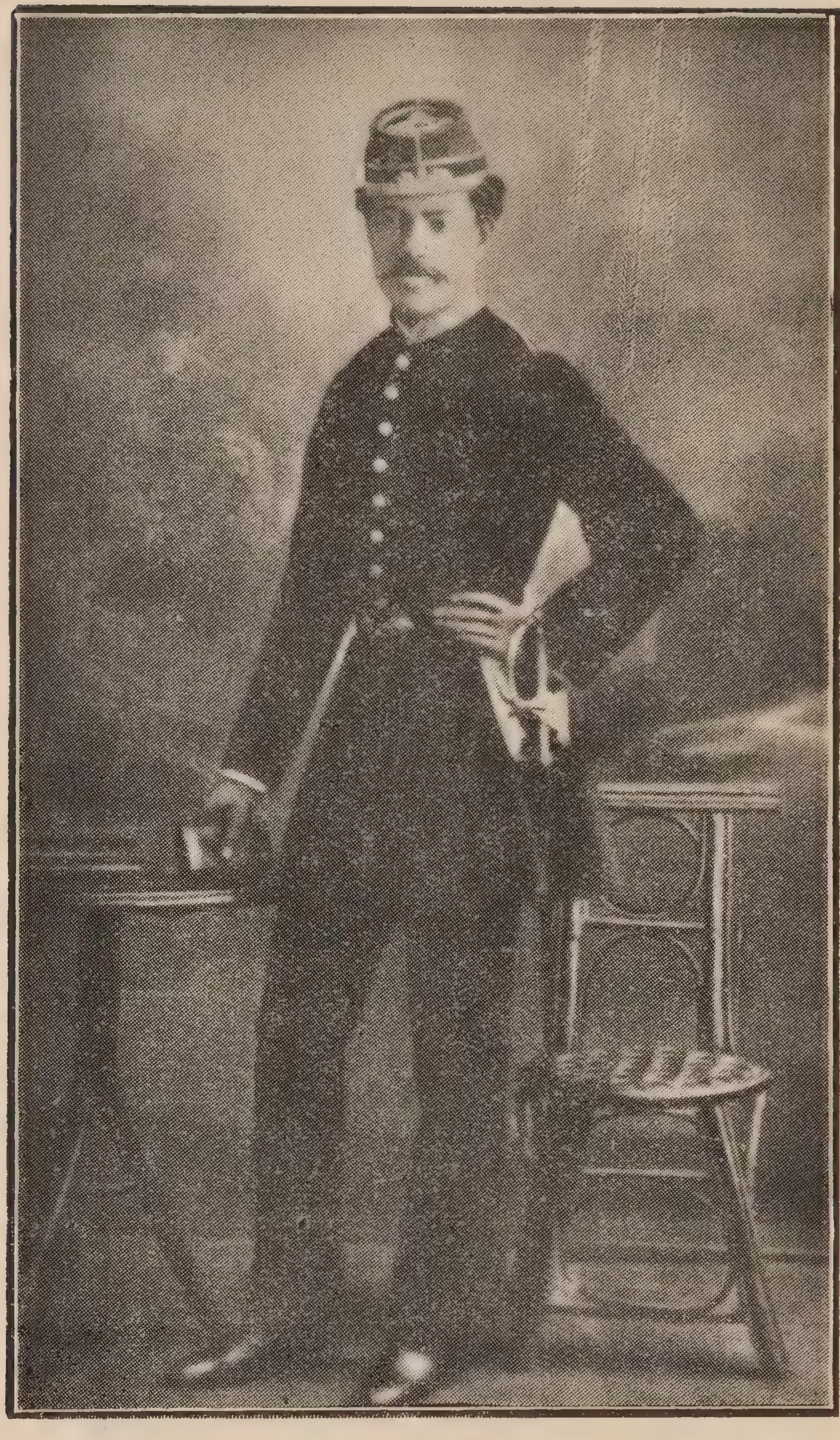
ومن حسن الحظ أن ارسل المرحوم المغفور له سعيد باشا فى ذلك الوقت خادمه الخصوصى لاجراء عملية الختان فى الاسبتالية باسكندرية فأجرى المرحوم عيسى باشا عملية الختان هذه لتفوقه فى اجرائها فنجحت نجاحا باهرا حيث رجع الخادم الى السراى بعد ثلاثة أيام سليما معافا. فرآه عرفان باشا ناظر الخاصة واندهش من هذا النجاح الواضح وأخبر سعيد باشا فاستغرب وأمر بتكوين لجنة لفحص عملية الختان هذه تحت رئاسة سردار الجيش راتب باشا فأقرت اللجنة صحة العملية فنيا وصدر الأمر باعلاء مرتبه الى ٢٠٠ قرشا شهريا وبعد ذلك بشهرين جاءه بالمستشفى رئيسها وحكيمباشى الخديوى الدكتور سيماروب لكى يعد آلات الطهارة وذهبابه الى القلعة وهناك مثل أمام طفل يبلغ السابعة من العمر هو البرنس طوسون باشا والد سمو الامير عمر طوسن باشا فطلب اليه السردار أن يعمل للطفل ما يلزمه من القياس لختانه فى اليوم التالى وأجريت العملية ونجحت نجاحاً تاماً وكوفئ الفقيد على ذلك بمبلغ ٧٥ جنيها وعمل لذلك احتفال عسكرى سرى من القلعة لقصر النيل جمع كل ذى حيثية ومقام

وبعد ذلك طلب الفقيد من الجناب العالى الحاقه تلميذاً بالمدرسة الطبية لدراسة الطب دراسة قانونية فأجيب طلبه نظراً لما عرف عنه من الذكاء الوقاد والجد والاجتهاد وأدلة الكفاءة العملية الفائقة فيما تعلم من عمليات الجراحة الصغرى بالاسبتالية

وقد الحق بالمدرسة سنة ١٢٧٨ هـ وأبقى مرتبه كما كان بالمستشفى ٢٠٠ قرش بينما أقرانه كانوا يتناولون مرتباً شهرياً قدره ٣٠ قرشاً فقط وفى هذا دليل للرضى الصحيح والعطف العظيم . ولقد أجرى بعد ذلك ختان كثيرين من أفراد العائلة الخديوية

وقد كان الفقيد فى مدة دراسته متفوقاً على أقرانه وكان دائماً أول فرقته ولقد بلغ من فرط ذكائه وجده أن طلب أن يمضى امتحان السنتين الرابعة والخامسة فى سنة واحدة فأجيب طلبه ومضى الامتحان بنجاح باهر . وفى سنة ١٨٦٥ م تفشت الكوليرا فعين الفقيد مساعداً للدكتور سالم باشا بسراى المنيل وكان بها والدة اسماعيل باشا الخديوى وأصحاب السمو الامراء أنجالها وبحرص الفقيد ويقظته ليلا ونهاراً شفيت جميع الأحوال التى حصلت وفى هذه السنة نفسها مضى امتحانه النهائى بمدرسة الطب وكان رئيس المدرسة وقتئذ الاستاذ الشهير الدكتور محمد على باشا البقلى وترتب له شهرياً ٥٠٠ قرش مرتب الملازم الثانى وفى سنة ١٨٦٦ أرسلته مصلحة الصحة على نفقة الحكومة الى باريس للتخصص فى الامراض العصبية

وقد كان أثناء مدة الدراسة بفرنسا مثالا عظيما للجد والاجتهاد والمواظبة على الدرس والبحث رغماً عن ذكائه المفرط وقد قال عنه أحد كبار الاساتذة أنه لم ير له مثيلا بين الـ ٦٠٠٠ طالب الذين مروا به وقال عنه مدير الارسالية المصرية بأنه لا يؤاخذ على شىء الا كثرة العمل حتى المرض وقد كافأته الحكومة المصرية على ذلك بأن ضمت مدة الدراسة الى مدة خدمته للمعاش

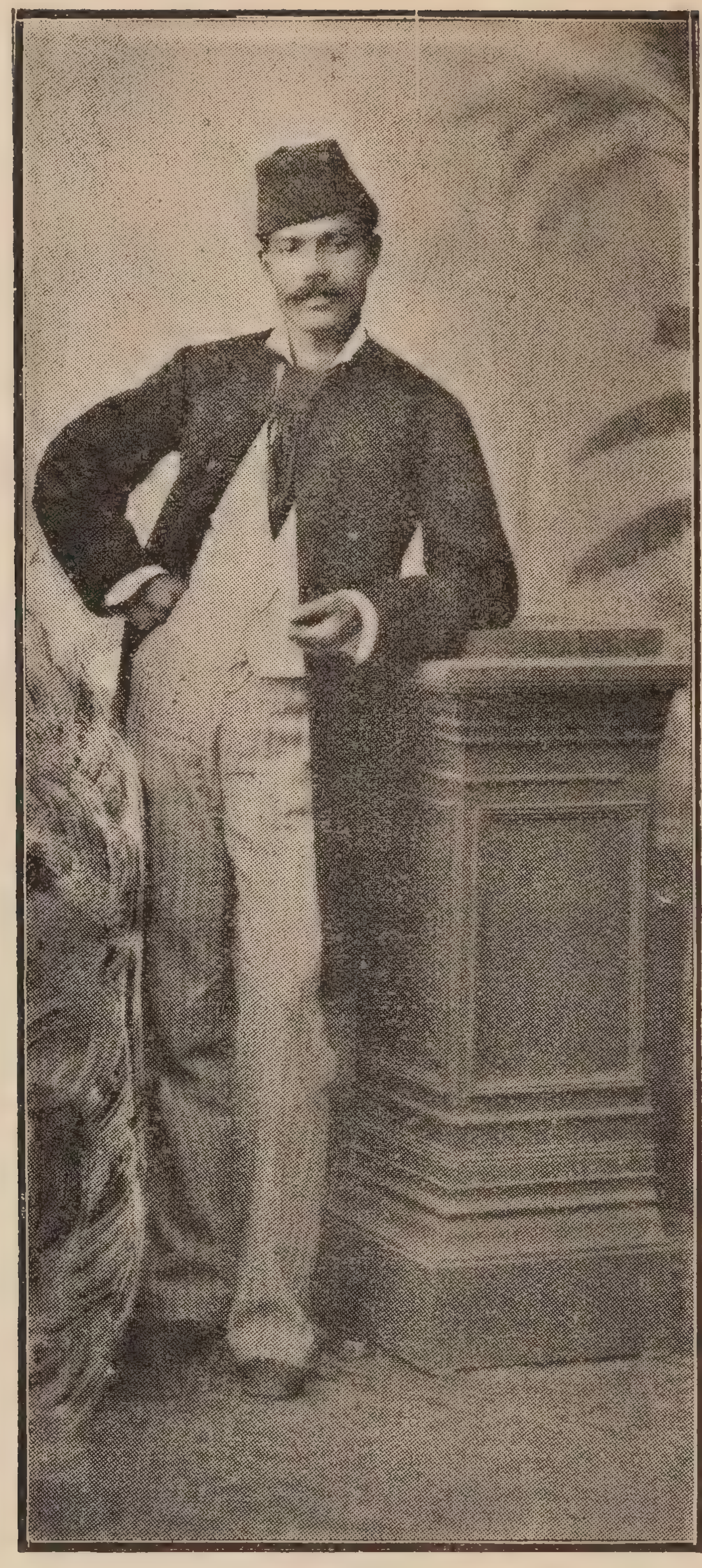


صورة الفقيد لما كان ملتحقا بالجيش الفرنساوى اثناء حرب السبعين كمساعد طبيب

واقد ابتدأ الفقيد فى باريس بأن تعلم اللغة الفرنسية ودرس الطب بجميع فروعه من جديد وطلب من لجنة مراقبة البعثة بفرنسا أن يخصص له أساتذة خصوصيون علاوة على الدراسة بالجامعة فأجيب طلبه وخص بالاستاذ بهى للأكلنيك الباطنى والفيسيولوجيا للاستاذ كلودبرنار الشهير والجراحة والمادة الطبية لغيرهما وفى سنة ١٨٧٠ مضى امتحان مسابقة باسبتالية الجيش

الفرنساوى فعـين ضابطاً طبيا مساعد أول فى الجيش الفرنساوى اثناء حرب السبعين وفى هـذه المدة قدم كتابه الاخير الخاص بلقب دكتور فى الطب وكان عن مادة النوشادر وتأثيرها فى الروماتزم المفصلى الحاد ونال بحثه هـذا اعجاباً شديداً ذكرته جميع الجرائد الطبية فى العالم ونال عليها من الجامعة درجة يحصـل عليها واحد فى الالف من المتخرجين وحصل على الدكتوراه فى سنة ١٨٧٣ وظل فى فرنسـا الى ابريل سنة ١٨٧٤ وفى هذه المدة الف رسالة فى الختان وطرق اجرائه واخترع له آلة جاءت غاية فى الاتقان مع البساطه وسهولة الاستعمال وقدمها للجمعية الطبية بمونبلييه فنالت الاستحسان وكوفىء على مؤلفه واختراعه بقبوله عضوا عاملا بهذه الجمعية التى كانت لا تضم غيرجهابذة الاساتذة من رجال الجامعـة وقد شوهدت باعجاب ردوده المفحمة على كل الاعتراضات التى صدرت من بعض الاعضاء اثناء مناقشة موضوعه وعاد الى مصر مزوداً بتوصيات شديدة من أساتذة الطب فى فرنسا مشيرين الى تفوقه العلمى حاضين الحـكومة المصرية على الانتفاع بعلمه الغزير

ولما عاد الى مصر عين معلما ثانياً للامراض الباطنية ومعلما أولا للولادة ثم معلما أولا للأمراض الباطنية سنة ١٨٧٩ وحكيمباشياً للعائلة الخديوية وأنعم عليه برتبة الممتاز ثم رئيساً للمدارس الطبية (طب وصيدلة وولادة وحكيمات) والقصر العينى سنة ١٨٨٠ بدل جليارد بك مع قيامه بوظيفة المدرس الاول للامراض الباطنية علماً بالمدرسة وعملا بالمستشفى وفى مدة توليته ادارة المدرسة والمستشفى أدخل فيهما النظام الاوروبى وجعل مدة الدراسة خمس سنوات وسنتين بعد ذلك بالمستشفى يعيـد فيهما الطالب امتحانات السنوات الخمس السابقة ويـكلف بتقديم مجموعة مشاهداته بالاسبتالية ويمنح الطالب بعد ذلك شهادة الدكتوريه اذا حاز درجات القبول



صورة الفقيد وقت أن كان استاذا بمدرسة الطب المصرية

والفقيـد هو الذى أدخل تعديلات مهمة فى بناء قصر العينى وهو الذى أجرى البنـاء الحديث الموجودة به المدرسة الآن وهو الذى أوجد بها الامفتياترات والمعامل الفنيـة لدراسة العلوم الطبية الحديثة كالبكتريولوجيا والهستولوجيا والفسيولوجيا التمرينية والأكلنيك الباطنى . وفى عهـده قرر



صورة الفقيد وقت أن كان مديرا للمستشفيات الاميرية
وناظرا لمدرسة الطب وحكيمباشيا للعائلة الخديوية

امتحان المسابقة للراغبين فى الالتحاق بالمدرسة كأساتذة معلمين عند خلو
وظيفة فى أى فرع من فروع الطب . وفى عهده كان يعمل أيضاً امتحان فى

اللغة الاجنبية لطالبى الالتحاق بالمدرسة من حاملى الشهادة الثانوية لأن التعليم كان باللغة العربيـة ووضع قانوناً ليكفل نظام الاعمال وبرنامجاً للدراسة على أحدث نظامات المدارس الاوروبيه وكان قد زار العواصم المختلفة لهذا الغرض وأقره مجلس الوزراء سـنة ١٨٨٦ وبالاختصار كان عهده عهد نجاح وفلاح ورقى وانهاض للمدارس الطبية . والطلبة الذين تخرجوا فى عهده كانوا فى مقدمة أطباء القطر علما ومعرفة ومنهم لغاية الآن من هم حاصلون على مراكز عالية فى مصلحة الصحة وغيرها ومنهم من توفاهم الله من سنوات قليلة مضت وكانوا ممن ذاع صيتهم وعلا كعبهم ولقد عكف الفقيد على التأليف بالعربيـة خاصة رغماً عن كثرة مشـاغله وأخرج لنا عدة موءلفات فى الامراض الباطنية وغيرها منها ما طبع من مدة قريبـة وأنه ليلذ للطبيب أن يقرأها فيجد فيها المعلومات الفنية الحديثة والخبرة الناضجة علاوة على التبحر فى المواضيع الطبية بلغة سهلة المأخذ فصيحة العبارة مما يعد كنزاً ثميناً وأساساً صادقاً يساعد على التعليم فى المدرسة الطبية باللغة العربية

ولقـد ترك لنا الفقيد عدداً محترماً من هـذه المؤلفات بعضها فى جزأين وثلاثة وكانت معروفة مشهورة فى جميع الاقطار الشرقيـة اذ كان يوزع منهـا عدد كبير فى الشام والعراق والعجم ومراكش والهند وتركيا والافغان والجزائر وأعيد طبع بعضها بعـد نفاذ الطبعة الاولى وفى هذا اكبر دليل على ما حازته من حسن التقدير والقبول ومن تصفحها يجد فيها أثر ما تتبعه بنفسه من التجارب والمشاهدات العديدة التى اكسبته اياها طول خبرته الطبية كرجل دقيق وطبيب حاذق وفى هذه المؤلفات تجد الاشكال الطبية واضحة ومتقنة عند المناسبات اللازمة فهى والحق يقال كتب عصرية بمعنى الكلمة

واليك مؤلفاته بالفرنسية

١ — كتاب فى الختان

٢ — « البيروبيلامينا

٣ — رسالة فى تأثير المورفين والزراريح والفصد فى بعض مضـاعفات الانفلونزا قدمت للمؤتمر الطبى الدولى (سنة ١٩٠٠)

٤ — رسالة فى السر الصناعى (قدمت للمؤتمر نفسه سنة ١٩٠٠)

٥ — « عدوى الجنين بالروماتزم العضلى العمومى الحاد المصابة به الام أثناء الحمل (قدمت للمؤتمر الطبى الدولى بمصر سنة ١٩٠٤)

بالعربية

٦ — كتاب فى صحة الحوامل

٧ — « الأمراض الباطنية للأطفال

٨ — « فن العلاج

٩ — « لمحات السعادة فى فن الولادة

١٠ — « فى التسمع والقرع

١١ — « الجراحة الصغرى

١٢ — « هبة المحتاج (أمراض باطنية) مجلدين

١٣ — « المعراج (امراض باطنية) ثلاثة مجلدات

١٤ — « النوشه (مناظره مع سعادة المرحوم حسن باشا محمود)

١٥ — « الانفلونزا

١٦ — « المعاينة والعلامات التشخيصية للأمراض الباطنية

١٧ — « تشخيص الامراض الباطنية (طبعة ثانية)

هذا وكان الفقيد عضوا بالمجمع العلمى المصرى وعدة جمعيات علمية بفرنسا وقد كان رئيسا للجمعية الطبية المصرية منذ تأسيسها عام سنة ١٩١٩ ولفضله وقدرته الحسنة استمرت الجمعية

وقد كان رحمه الله احسن قدوة فى المواظبة على الحضور فلم يتخلف عن رئاسة الجلسات ليلا ونهارا رغمـا عن ضعف صحته وتقدمه فى السن خصوصاً فى المدة الأخيرة

وكان يقوم دائما بواجبه الوطنى فى كل المناسبات أبان النهضه الاخيرة وفى بعض الاحيان وقت ملازمته للفراش مريضاً

فالفقيد كان رجلا له كل صفات الرجولية وكان استاذا عالما ممن يستحقون الاجلال والتعظيم وبامثاله فقط من الرجال العلماء يمكن للبلاد أن تخطوا الخطوات الصادقة نحو الرقى الصحيح وتكون لها سمعة دولية توجب احترامها بين مختلف الشعوب والأمم .

وقد استقبل مولاه (فى يوم الاثنين الموافق ١٨ أغسطس سنة ١٩٢٤) سعيدا مطمئنا لما قدمت يداه من الخدمات لوطنه ولبلاده من طريق العلم الصحيح وخدمة الطب والمرضى وصدقه وأمانته واعمال البر والخير

وقبل وفاته اهدى كتبخانة نجله المرحوم السيد جميل بك الى دار الكتب الملكية سنة ١٩١٥ وكانت تحوى ٥١٢٠ مجلدا وتبعها بكتبخانته الثمينة سنة ١٩١٦ وكانت تحوى ٣٤٤ مجلدا ومن مبرات المرحوم انه اوقف

أولا — ٤٠٠ فدان من أجود الاطيان لعمل مستشفى عمومى لتطبيب الفقراء بلا تمييز بكفر شبراهور تبع السنبلاوين .

ثانياً — منزل مصر الجديدة و٣٠ فدان على اعمال خيرية بقرافة المحمدى بالدمرداش

ثالثاً — انشأ مسجدا من أحسن طراز بكفر شبراهور وان شاء الله تعالى ستفتتح حضرة حرمه المصون ملك سيما هانم هذا المسجد قريباً .

رابعاً — انشأ مكتبا وسبيلا للفقراء بالجهة المذكورة وأوقف عليهما ١٢ فدانا من أجود الاطيان وستزيد حرمه المصون هذه الوقفية من ملكها الخاص بناء على رغبة الفقيد .

وقد حاز الفقيد على النياشين والرتب الآتية

١ — نيشان الاسد والشمس الأول من دولة فارس

٢ — العثمانى الثانى

٣ — المجيدى الثانى

٤ — الليجون دونور الفرنسى

٥ — الاوفسيه ليوپولد البلجيكى

٦ — الغاذا كبوماندور السويدى

٧ — مدالية الافتخار الذهبية العثمانية

وأما الرتب فقد حصل على رتبة الباشوية روملى بكلربك ورتبة المتمايز قبلها اسكن الله فقيـدنا العظيم جنات الفردوس وأمطر عليه شآبيب الرحمة والغفران

الدكتور نجيب اسكندر

خطاب تعزية الجمعية الطبية المصرية

لحضرة صاحبة العصمة حرم المرحوم الدكتور السيد عيسى حمدى باشا

حضرة صاحبة العصمة حرم المرحوم الاستاذ الدكتور السيد عيسى حمدى باشا

أتقـدم بهذا يا صاحبة العصمة بالنيابة عن الجمية الطبية المصرية لأعرب لعصمتك عن مزيد أسفها وعميق حزنها على فقد رئيسها وأستاذها

ولقد كان لنعى الفقيد العزيز أشد الوقع فى نفوس الاطباء عموماً لما كان له من سمو المكانة فى قلوبهم نظراً لغزارة علمه ولخدماته الجليلة للطب والاطباء طول حياته التى يتجلى أثرها فى مدرستنا الطبية وبصفة خاصة للجمعية الطبية المصرية التى تدين له بتضحياته الثمينـة التى جاءت متممة لفضله ودليلا على علو همته وانموذجاً صادقاً احتزاه جميع أعضائها

وان الجمعية لتعـد فقده خسارة عظيمة بليت بها وهى فى أشد أوقاتها احتياجاً اليه وقد كان حقاً عليها أن تقوم بواجبها نحوه بتأبينه فى حفـلة

الاربعين تخليداً لذكراه ولكن نظراً لتغيب غالب حضرات الاطباء بالاجازة الصيفية فقد استصوبنا اقامة الحفلة حوالى منتصف اكتوبر القادم حيث يتواجد حضرات الاطباء والطلبة وستكون الحفلة بمدرسة الطب وسنخطر عصمتك عن الموعد عند تحديده

وفى الختام نسأل المولى تعالى أن يتغمد الفقيد برحمته وأن يجعل الجنة مثواه وأن يطيل بقاءك ونقدم لعصمتك ولسائر العائلة العزاء

وتنازلى ياسيدتى الفاضلة بقبول فائق احتراماتى ؟ السكرتير

القاهرة فى ٢٨ أغسطس سنة ١٩٢٤ الدكتور فهمى المنياوى

رد حرمه المصون

حضرة الاستاذ الفاضل صاحب العزة الدكتور ابراهيم بك فهمى المنياوى الافخم سكرتير الجمعية الطبية المصرية

اتشرف بأن اقدم لعزتكم ولحضرات اعضاء الجمعية الطبية عظيم تشكراتى على مؤاساتكم لى فى وفاة زوجى المرحوم الدكتور السيد عيسى حمدى باشا رئيس الجمعية وعلى عزمكم الشريف لعمل حفلة التأبين فى منتصف شهر اكتوبر الآتى فى اليوم الذى تحددونه بمدرسة الطب فجزاكم الله عن الانسانية والمروءة خير الجزاء ؟

حرم المرحوم

الدكتور عيسى حمدى باشا

٣٠ أغسطس سنة ١٩٢٤ ملك سيماه

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الأولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد



هيمو
جلو بين
دشيان

حديد حيوى
عناصر الدم
المؤكدة
معالجة الدم بالدم

مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من اكثر من ثلاثين الف
طبيب يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل ملعقة كبيرة تحتوى على غرامين ونصف من الهيموجلوبين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين فى اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان — فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع السلطان فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتير يه روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : ذات الرئه — الانفلونزا — التهاب اللوزتين — والتيفويد — والروماتيزم وتسمم الدم — والتهاب الامعاء — والتهاب البريتون والمسن والتهاب المبيضين — والتهاب السحايا — والتدرن — والحمى المتقطعة — (الملاريا)

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل و بدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد — بين العضلات — أو بين الاوردة من ١ لغاية ٦ سنتيمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

تحضير المصل لبارك دافيز وشركاه

Serums Parke Davis & Co.

علاوة على ان مصل بارك دافيز تعمل تجار به فى معامل الشركة إلا أنه يفحص ثانياً فى معامل مستشفى سنت مارى بلوندرة و يشهد له بتاثيره وعقمه الميكروبى وخلوه من زيادة المواد المطهرة

المصل الآتى موجود بالقطر المصرى

١ — مصل ضد الدفتريا (بارك دافيز وشركاه) على درجتين

«X» or « Standard » Serum containing about 700 to 750 antitoxin units per c. c. and

«XX» or « Special » Serum, containing from 1400 to 1500 antitoxin units per c. c.

No.	4 X (2000 units)	No.	4 XX (2000 units)
No.	5 X (3000 »)	No.	6 XX (4000 »)
No.	6 X (4000 »)	No.	8 XX (6000 »)
No.	8 X (6000 »)	No.	10 XX (8000 »)
No.	10 X (8000 »)		

Antitetanus Serums P. D. & Co. in bulbs containing 1500 Antitenanus units.

Antistreptococcus Serum Polyvalent. P. D. & Co. In bulbs containing 10 cc

---

Antigonococcus Serum P. D. & Co.
In boxes of 3 bulbs of 2 c. c.

وهذه المستحضرات يمكن تغييرها من محل شركة الادوية المساهمة (انريكودلار) قبل مضى ثلاثة أشهر على الاقل من المدة المكتوبة على العلبة لانتهاء استعمالها

بارك دافيز وشركاه لوندره

Parke Davis & Co.

LONDON

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال المهنة فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر الم[illegible]	٣٠	٢٠	١٢	١٠
[illegible]جلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largeement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquen que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الثامن | اكتوبر سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

الاشتراك
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الاعلانات
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الفهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثامن | اكتوبر سنة ١٩٢٤ | السنة السابعة

محاضرة

وقاية الفرد والمجموع من الامراض الزهرية

القاها فى الجلسة العلمية العشرين للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الدكتور على عطيه نجم

أيها السادة الزملاء

دعانى لالقاء هذه الكلمة على مسامعكم الشريفة ما أتوسمه ونتوسمه جميعاً فى المستقبل الذى يبشر به هذا العهد السعيد عهد العمل على خلاص بلادنا من ربقتها فليست التركة التى ورثناها مثقلة بالديون السياسية فقط بل انها تزرح وتئن تحت أعباء النقائص الصحية التى هى أكثر خطراً وأعظم أثراً. فاينما أدرنا النظر وجدنا العلل والمعايب الطبية والاجتماعية تفتك بأبناء الوطن وتحرضنا على أن نزجى هممتنا لاصلاحها ولم نعمل بعد الا جزأ يسيراً من ذلك المجهود الهائل مجهود محاربة الامراض ووقاية الجمهور منها فلا تزال أمامنا أشباح مروعة من تلك الأدواء هى فى حاجة الى تعاويذنا النافعة لابعادها واقصاء خطرها

فالدرن ووفيات الاطفال وأمراض الديدان والامراض السفلسية الزهرية ناشبة أظفارها غارسة براثنها فى جسم هذه الامة المسكينه ولن تزال عالقة بها الى أن ننظم صفوفنا ونوحد جهودنا فى سبيل مكافحتها كل فى ميدانه

فالسفلس والسيلان قد أهلكا النسل وأضعفاه وما من طبقة أو نوع أو جنس فى بلادنا الا وقد انتهكا حرمته وعاثا فيه فساداً . يمتطيان الى فرائسهما مطية سهل تناولها هى معاهد الفسق ومكامن الفجور والحانات المنبثة فى بلادنا الآهلة بل وقرانا . ولقد آن أن نوجه لفتة حقيقية لنا ولمركز مصرنا فى العالم اليوم الى هذه الامراض فنفل من عزيمتها ونكسر من شكيمتها ونقلل من ضحاياها ولا نقتصر على أقل الوسائل جدوى وهو الكشف على المومسات الذى اتبع الى اليوم واكتفى به على غير طائل بل من الواجب علينا التذرع بوسائل أخرى متنوعة نحو هذا الغرض النبيل وهذه الوسائل المنتجة هى التى أتشرف الليلة بعرضها على مسامعكم ووضعها بين يديكم بقدر ما أدى بى الاجتهاد وسعة الطاقة

تطلق الامراض الزهرية على السفلس والسيلان والقرحة الرخوة

أما الاخيرة فليس لها نتائج سيئة ولا كبير ضرر منها على الصحة العامة لذلك سأقتصر هنا على مجرد الاشارة اليها ومع ذلك فان استعمال الطرق الواقية عامة كانت أو خاصة تحول دون الاصابة بها

أما السفلس والسيلان سواء كانا فى حالة حادة أو مزمنة فعدواهما تحدث بالالتصاق أو التماس وسبب العدوى فى أولهما اللولب الزهرى (Trepenoma pallidum) وهو أدنى الفصيلة الحيوانية اكتشفه الكيماوى Schaudiu فى سنة ١٩٠٥ وفى ثانيهما الجونوكوك البذرة السيلانية (Gonoccus) وهو أدنى الفصيلة النباتية اكتشفه الأستاذ Neisser سنة ١٨٧٩

وتحصل العدوى فى كليهما بالجماع . كما قد تحدث أحياناً فى السفلس من التقبيل وأظهر مثل لهذا ما ذكره الدكتور Shamburg من فيلادلفيا فى مجلة

الجمعية الطبية الامريكية وهوأن فريقاً من الشبان والشابات تتراوح أعمارهم بين السادسة عشر والثانية والعشرين اجتمعوا وقاموا بلعبة للتسلية اتفقوا أن يكون عقاب الخاطئ فيها التقبيل وتصادف ان كان أحد الشبان مصاباً بقرحة صلبة باحدى شفتيه فكانت النتيجة أن اصاب بقرحته بصفة مباشرة ستة من الفتيات وشاباً كما أن فتى آخر أصيب بصفة غير مباشرة بتقبيله احدى اؤلئك الفتيات ولم تكن قد خلت شفتاها بعد من آثار تلك القبلة الجهنمية الأولى

أما نتيجة الاصابة بايهما فتبلغ من الخطورة أشدها ان لم تدرك بالعلاج الناجع . ولا يقتصر تأثيرها على المريض بذاته بل تتعداه الى عائلته وذريته . وكذلك الى أخلاقه الشخصية فتسفل وتنحط وناهيك عن تأثير كل ذلك فى السعادة المنزلية والوئام الزوجى مما قد يدعو الى الانفصال وهدم الهناء البيتى ولما كان موضوع اليوم خاصاً بالوقاية من هذه الامراض فانى اكتفى بذلك خوفاً من التطويل فى تبيان خطورة هذه الامراض على الفرد والمجموع ويكفى أن أقول أن السير Osler قد ذكر انه ما من مرض من الامراض الباطنية المعروفة للطب والاطباء الا ويمكن أن يكون احدى نتائج السفلس وهو يأتى رابعاً فى ترتيب الامراض المسببة للموت

كما أن الاستاذ Norris ذكر أنه لا يوجد فى العالم الطبى مرض سبب آلام الانسانية وأثار أشجانها كالسيلان وذكر Neisser أنه قال أننا اذا اثتثنينا الحصبة فانه لا يوجد مرض أكثر انتشاراً من السيلان وانه من الاسباب الكبرى للانتحار وانه أخطر العوامل أثراً فى تقليل النسل بما يحدثه من العقم والاجهاض

أما عن انتشارهما فان من أقل الامم اصابة بهما الامة الانكليزية فقد بلغت الاصابات بالسفلس فيها نحو عشر السكان وبلغت اصابات السيلان بالتقريب نحو ستة اضعاف اصابات السفلس

ولوقاية المجموع من الامراض الزهرية يجب علينا ان نعد عدتنا ونتسلح

بجميع انواع الاسلحة الممكنة فى جميع ادوار الحياة من الصغر الى الكبر حتى يمكن تقليل الاصابات لهذه الامراض جهد المستطاع فتقل بذلك المصائب الناتجة منها والنوائب المسببة عنها والضحايا الهالكة فيها ولا نقتصر على سلاح واحد بل يجب ان تتعدد الاسلحة فنسلح الروح بالدين واليقين والنفس بالتثقيف والتهذيب والجسم بالتريض والتطبيب

١ — انشاء قسم خاص للامراض الزهرية بمصلحة الصحة

ان اقصر الطرق واوفاها بالغرض من حيث مكافحة الامراض الزهرية بل وكل النقائص الصحية الأخرى المنتشرة فى قطر كبلادنا مثل الامراض لوبائية والرمد ووفيات الاطفال والدرن وغيرها هو القيام بانشاء قسم خاص بمصلحة الصحة العمومية يتولى رجاله محاربة تلك النقائص . ويكفينا دليلا ساطعا على صواب هذا الاقتراح ما قام به قسم الرمد من الاعمال التى توجت بالنجاح وعادت بالفخر على اطبائنا الرمديين وبالفائدة المرجوة على ابناء هذه الامه وهو قسم لم ينشأ الامن عشرين عاما فقط

وان انشاء هذا القسم والقاء مقاليده بين يدى ذوى الكفاءات جديربان ينظم وسائل محاربة الامراض الزهرية ويضع برنامجا عمليا لوقاية الجمهور والافراد من غائلة تلك العلل

واذكر فيما يلى الوسائل التى يمكن ان تتخذ لهذا المقصد السامى والتى سبقنا الغربيون الى تجربتها فحازت نجاحا وافراً

٢ — الدعاية والنشر (بروباجندا)

اظن انه ليس من الصعب كثيراً ابعاد اغلبية شعب كشعبنا عن مهاوى الفساد وارشاده الى الصراط المستقيم فانه لا يزال والحمد لله فى الارياف ولا تزال الاكثرية منه فى المدن على الفطرة من التمسك بالدين والاستقامة والاستعداد للاسترشاد فيجب بذل مجهود لتربية الشعب تربية دينية صحية وتفهيمه مضار الامراض الزهرية واخطارها على الصحة والدين وعلى الفرد

والمجموع وان الصحة التامة ورفاهية الامة وسعادتها تتفق تماما مع الاستقامة التامة والابتعاد عن الزنا الذى هو مفسدة للدين وبلاء للصحة ومقبرة للنسل

الدين

ركن هام وزاجر قوى للوقاية من الامراض الزهرية فلقد نصت جميع الشرائع السماوية المنزلة على تحريم الزنا ولن تجد الامراض الزهرية سبيلا للتفشى فى امة تتبع تعاليم دينها وتتحلى بمكارم الأخلاق فما علينا الا ان نبث فى نفوس الشعب روح التمسك بالدين والتعلق باهداب وصاياه فنكون قد خطونا خطوة ادبية جليلة نحو محاربة هذه الآفات الخطيرة ويقع عبء هذا الواجب على عاتق حضرات رجال الدين الاجلاء من ائمة وقساوسة وربابنة اولئك الذين يغرسون بحكيم اقوالهم فى روح الشعب احترام الخالق واطاعة اوامره والابتعاد عن نواهيه

التعليم بالمدارس

يجب ان يشمل علم قانون الصحة بالمدارس شيئاً خاصا عن الامراض الزهرية وطرق انتشارها واضرارها والابتعاد عنها وان يكون ذلك بصفة مختصرة سهلة الفهم لتلاميذ المدارس الابتدائية ثم يزاد تفصيلا للمدارس الثانوية ويزاد اكثر للمدارس العالية كل « بحسب ادراكه وفهمه واستعداده للانغماس فى هذه الامراض »

وارى ان محادثات بسيطة حبية من حضرات نظار المدارس والاساتذة الى طلبة المدارس العالية وهم الفئة الاكثر تعرضا للامراض وبسط اخطارها ومضارها اليهم وتأثيرها على الجسم وعلى العقل ونتائجها ربما جاءت بفوائد عظيمة جداً فان نصيحة كهذه لابد ان تؤثر على الطالب تأثيرا حميداً

المدارس الطبية

اما المدارس الطبية فيجب ان توجه عناية اكبر مما عليه الحال الآن نحو التوسع فى تدريس الامراض الزهرية تدريساً وافيا ولما كانت هذه الامراض

ذات اهمية خاصة اصبح من الضرورى اعطاء دروس عملية وعلمية فيها وتخصيص وقت كاف لها . والامتحان فيها تحريرا وشفويا حتى يتخرج الطالب وعنده من المعلومات عنها ما يكفى لتخفيف مضارها عن الجمهور والقيام بعلاجها بطرق علمية لا شائبة فيها أولى من زيادة ضررها جهلا بعلاجها

هذا ولا يفوتنى ان اذكر ضرورة توسيع معلومات الحكيمات والقابلات والطالبات بقسم القابلات بقصر العينى عن هذه الامراض لان عليهن مدارا كبيراً فى صناعتهن وربما كن اكثر من الاطباء مواجهة لهذه الامراض وخصوصا السيلان فى احوال الولادة وبالاخص بين طبقات الشعب الفقيرة فتعليمهن وزيادة معلوماتهن عن هذه الامراض بدون شك يعود بفوائد عظيمه جداً على الوالدة وعلى المولود

واود ان اوجه انظار حضراتكم الى اهمية المعرض[1] الموجود بمدرسة الطب والذى يحتوى على مجموعة عامة من الجبس الصناعى المبين للامراض الزهرية وويلاتها فمن رأيى ان ينشأ فى كل مدرسة عالية معرض مثل هذا او على الاقل دعوة طلبة المدارس الثانوية والعالية لزيارة هذا المعرض بعد ان يكونوا قد تلقنوا شيئاً عن هذه الامراض وعن خطورتها ولا بئس من تخصيص احد الاطباء والاخصاء بقصر العينى لشرح هذه الامراض للطلبة عند زيارتهم للمعرض وذلك من الميسور السهل ولا يكلف وزارة المعارف شيئا ما

القاء محاضرات

ان القاء المحاضرات فى هذا الموضوع بواسطة الاطباء على الجماعات مثل نقابات الموظفين والعمال ووحدات الجيوش والبوليس وغيرهم من أهم الوسائط التى يمكن التذرع بها لنشر المعلومات عن هذه الامراض وخطورتها ونشر طرق الوقاية منها وارشاد تلك الجماهير الى مايقيها من الوقوع فى هذه الامراض

---

(١) نأسف لان نقول أن هذا المعرض ملقي فى قاعة غير معتني بها الان (التحرير)

الاعلانات

من اهم اركان الدعاية نشر الارشادات بواسطة اعلانات تلصق على الجدران وتوزع على المارة وتقام على قوائم خاصة بالطرق العمومية وفى المراحيض وفى محطات السكك الحديدية والترام ودور السينما والتياترات الخ وتشمل هذه الاعلانات

أولا — ارشاد الناس الى الامتناع عن الجماع الغيرشرعى وضرر نتائج هذا على الشخص والعائلة والنسل

ثانياً — تفهيم الشعب ان الجماع ليس من ضروريات تمام الصحة والعافية كما هو اعتقاد الكثيرين الآن بل ان العفة وصون النفس بردع الشهوة لا يناقضان الصحة التامة

ثالثاً — تعليم الشعب طرق الوقاية الشخصية او التطهير المباشر الذى سيأتى بيانها فيما بعد ليستفيد منها اذا أوقع احد الاشخاص سوء حظه فى التعرض لعدوى هذه الامراض ولم يكن قد انتصح بما سبق ولم يتمكن من كبح جماح نفسه الأمارة بالسوء

نطرق الآن باباً آخر كوسيلة لمحاربة الامراض الزهرية

العاهرات

من العوامل الهامة فى وقاية الفرد والمجموع من الامراض الزهرية مسئلة الدعارة لذلك نرى ان اكثر الامم تنظم الدعارة تنظيما حكيما وتشتد فى مراقبة العاهرات وتحتم عليهن الكشف وغير ذلك مما يؤدى الى اكبر مراقبة ممكنة لتقليل الاصابات للامراض الزهرية وتقليل انتشارها من تلك الناحية ولكن فى انكلترا قد ابطل الكشف النظامى على المومسات وتركن احرارا للمعالجة فى العيادات المجانية المركزية والمستشفيات الموجودة بكثرة فيها وعند اطبائهن الخصوصيين وهذه الطريقة متبعة فى القاهرة فى طبقة خاصة من المومسات فانهن يكلفن فقط باستحضار شهادة من الطبيب الخاص تفيد سلامتهن من الامراض الزهرية وانتم تعلمون سهولة الحصول على مثل هذه الشهادات .

وتنقسم المومسات الى ثلاثة أقسام

القسم الاول — المومس التى تتخذ الدعارة حرفة للتكسب والتعيش منها فقط وتسمى بالمحترفة Professional en total وهى على نوعين

مومس الدرجة الاولى التى منّ الله عليها بجمال الوجه وحسن الصورة يكون لها فى الغالب رفاق معدودون من الطبقة المقتدرة الذين يصرفون بكرم وسخاء وهى تحافظ على صحتها جيداً ويهمها أن تكون على الدوام سليمة من الامراض لان صحتها وجسمها هما كل رأس مالها فاذا أصيبت فى احدهما بشىء ضاع رأس مالها وبارت تجارتها وهى تعرف جيداً اتخاذ الاحتياطات الصحية اللازمة لوقاية نفسها من الامراض الزهرية لذلك نجد أن الاصابات فى هذا النوع من المحترفات قليلة كما أن المصابين بواسطتهن قليلون

النوع الثانى — مومس الدرجة الثانية فما تحت وهى الاقل جمالا تستفيض عنه برخص تجارتها وهى أكثر خطراً من النوع الاول لانها لا تهتم بصحتها كثيراً تمنعها من متابعة مزاولة حرفتها ولا تمنع الا بقدر ما يخف عنها الألم وتحتمل المزاولة بصرف النظر عن شفائها من عدمه وهذا النوع هو الاكثر عدداً فى المحترفات .

القسم الثانى — المومس التى تحترف حرفة تتكسب منها كبعض الممثلات والمغنيات وغيرهن من التابعات للتياترات والملاهى وكبعض مستخدمات المحلات التجارية وبعض الخادمات ولكنها لا تقتصر على مكسبها الشريف بل تتخذ الدعارة حرفة ثانية اما لزيادة التكسب أو للحصول على بعض الهدايا أو التحف مما تتعشقه المرأة أو للذة وتمضية الوقت وتقع بين القسم الاول والقسم الثالث وتسمى بالنصف غاوية أو النصف محترفة — semi Amateur Professional en Partie

القسم الثالث — المومس التى تعيش عيشة راضية مرضية من ذوات اليسار ولكنها تنغمس فى الملذات لاشباع غريزتها الجائعة وتسمى بالغاوية — Amateur —

والمومسات الغاويات والانصاف غاويات وبعض المحترفات يعملن عملهن في الخفاء بعيداً عن مراقبة رجال الصحة والبوليس ويطلق عليهن اسم الخافيات — Claudestind —

وأولئك الخافيات أكثر المومسات خطراً وأشهرهن مرضاً ومنهن تأتى العدوى فى أكثر الاحيان وبواسطتهن تنشر الامراض الزهرية فى مصر وغير مصر — قال السير Keogh المدير العام للقسم الطبى بالجيش الانكليزى أن المومس الخافية ستجد دائما واسطة للافلات من شبكة البوليس وانها الاصل فى انتشار الامراض الزهرية

وقرر Debrie فى اجتماع للجمعية الطبية الفرنسية الحربيـة سنة ١٩٠٧ أن عدد النساء الغاويات يبلغ أربعة أضعاف عدد المحترفات

وأورى Wiedanz فى المؤتمر الطبى المنعقد فى برلين سنة ١٩١٢ أنه وجد فى برمن فى السـنة التى قبلها ٧٢ مومس خافيـة مريضة لـكل مومس محترفة وليس عنـدنا بمصر بكل أسف معلومات أو أبحاث فى هـذا الموضوع حتى يمكننا تقدير عدد الخافيات بالنسبة للمحترفات ولكن من المؤكد أن عددهن عظيم جداً وهنا بمصر عامل هام آخر فى اكثار عدد المومسات الخافيات وهو ميل النساء المحترفات المسجلات الى ترك الاخطاط والخروج عن دائرة مراقبة رجال البوليس والصحة بدعوى الزواج أو السفر أو أسباب أخرى يبتدعنها ويتحولن الى مومسات خافيـات ويصبحن أداة خطرة فى نشر العـدوى — حتى فاذا علمنا ذلك واذا علمنا أن السيلان لا يحدث غالباً آلاما عند النساء بل ان كثيرات منهن يكن مصابات به أو بقرحة مستترة بدون علم منهن بل ويندهشن اذا أعلمتهن أنهن مريضات واذا علمنا أن أكثر المحترفات لا يهتممن كثيراً ولا قليلا بعلاج أنفسهن اللهم الا اذ أصبن بالتهابات شديدة رحمية أو بوقية . الخ تجبرهن على الامتناع عن تأدية وظيفتهن — أضف الى ذلك أنهن فى الغالب يكن مدينات لنسوة أخريات ويهم أولئك أن يكثرن من الدين حتى لا تفلت

منهن فريستهن كما يهمهن التحصل على مالهن ولذلك تراهن دائما يدفعن اؤلئك البائسات الشقيات ويلزمنهن بمتابعة حرفتهن ولو أنهن مريضات . اذا علمنا كل ذلك ولاحظنا كل هذه الظروف تبين لنا حتما أن من الخطأ كما اعتقد ترك حبل المومسات على الغارب وأنه من الواجب تنظيم الكشف عليهن تنظيما دقيقاً وتنظيم العلاج لهن فى المستشفيات الخاصة بهن تنظيما كاملا بحيث أن تنال المومس أكبر قسط من الاعتناء وأعظم نصيب من العلاج الشافى مدة اقامتها فى المستشفى حتى أنها تترك المستشفى وقد طهرت تماماً من مرضها وزال منها الخطر على الاخرين

هذا من جهة ومن جهة أخرى على رجال بوليس الآداب التنبه وزيادة التيقظ وفتح عيونهم أكثر مما هم عليه الآن لحصر جميع المومسات الخافيات وغير الخافيات واجبارهن على الانتظام فى سلك المومسات المسجلات ما دامت هذه هى صناعتهن وليس لهن مورد آخر للعيش وبذلك يكن دائما تحت مراقبتهم ومراقبة رجال الصحة فيزول جزء عظيم من خطر انتشار العدوى

ولا بد هنا من الاشارة الى ضرورة اصدار قوانين جديدة تعطى القوة اللازمة لرجال بوليس الآداب فى ضبط كل من يشتبهون فيها من النساء الخافيات وعرضها على رجال الصحة للكشف عليها والتأكد من حالتها

الكحول

ويحسن هنا أن أشير الى الدور الذى يلعبه الكحول فى انتشار الامراض الزهرية وضرورة محاربته كوسيلة للوقاية منها فهو ذو تأثير مزدوج على الانسان يؤثر على جسمه ويؤثر على عقله والتأثير الأولى له التنبه والانتعاش يعقبه الهبوط العام فالغيبوبة فالموت اذا كانت الكمية كبيرة جداً فتأثير الكحول فى هذه الحالة تأثير السم الزعاف

ولا يخفى على حضراتكم أن المخ يحتوى على صنفين من المراكز — المراكز

العليا Higher Centers وهى مركز الصفات الحميـدة والاحساسات الراقية والشعورالحى — والمراكز السفلى Cower Cen ters وهى مركز الغرائز البهيمية والطبائع الوحشية

فكلما تقدم الانسان وازداد رقياً وحضارة كلما نبتت المراكز العليـا نباتاً حسناً وظهرت ظهوراً بينـاً وكلما ساءت المراكز السفلى واختفت والعكس بالعكس . وللمراكز العليـا السلطان والحـكومة على المراكز السفلى فهى التى تحكمها وهى الرقيبة عليها والمتولية أمرها وما دامت المراكز العليا سليمة فهى تمنع المراكز السفلى عن الظهور حتى يظهر الانسان دائما بمظهر الـكمال النسبى فيكون خجولا مؤدباً خاشياً رقيقاً فاذا تعاطى هذا الانسان الـكحول انقلبت هذه الصفات الى عكسها وذلك لان الـكحول قد أثر على المراكز العليا فغشاها واحدة فواحدة فقل تأثيرها المانع وامتنعت رقابتها على المراكزالسفلى فظهرت هذه من مكمنها وتنبهت فى الـكحول غرائزه السفلى وطبائعه البهيميـة حتى اذا ما تنبهت هـذه الغرائز الشهوانية البهيمية فى شخص ما . بحث هذا عن أشباعها من حيث كان فيتلهف على أول فرصة تصادفه غيرمتخذ الاصح جسما وغالبـاً تكون تلك الرفيقة الصدفة منبع الامراض الزهرية فتكون النتيجة اصابة أكيدة اذ أن تأثير الـكحول لا يقتصر على ايقاعه برفيقة مريضـة بل يتعدى ذلك بالاهمال فى النظافة اللازمة وفى اتخاذ الاحتياطات الواقية فضلا عن أن حالة الهبوط الجسمانى الناتج عن الـكحول تمنعه من الانزال والانتهاء سريعاً فيطول العمل وربما يحدث ذلك اخداشاً وتسلخات وكل هذه ظروف تساعد كثيراً على الاصابة باحدى الامراض الزهرية أو بها جميعاً

فيتضح من ذلك لحضراتـكم ضرر الـكحول وتأثيره فى انتشار الامراض الزهرية فعلينا اذا محاربته ومساعدة الجمعيـات التى تالفت لمحاربته وتشجيعها بكل ما أوتينا من قوة ففى ذلك فائدة مزدوجه

الوقاية الطبية

تكلمنا لغاية الآن على فوائد الدعاية والنشر وما يتبع ذلك من التأثير الدينى والتعليمى والنفسى فى تقليل الجماع غير الشرعى الذى هو السبب الاكبر فى انتشار الامراض الزهرية ولو اتبعت الارشادات الدينية والنفسية والتعليمية لكانت النتيجة حسنة جدا ولكن يبعد جدا للأسف اتباع هذه التعليمات والارشادات التى ربما افادت الى حد ما الاحداث فضلا عن ان هناك بعضاً من الناس لا يتبع دينا ولا ارشادا ولا تعليما فمن كان على هذه الشاكلة وجب علينا حمايته ايضاً ووقايته من شر هذه الامراض لا لفائدته الشخصية فقط بل لفائدة الابرياء حواليه ولفائدة المجموع ولهؤلاء يجب بذل كل مجهود والسعى بكل الوسائل لوقايتهم طبيا وجسميا وهناك نبدأ بالوقاية الشخصية

واذا ذكرنا العلاج الواقى فاننا نذكر ذلك الاسم الخالد اسم الاستاذ Elie Netchnkoff ففى سنة ١٩٠٥ نشر هذا الاستاذ نشراته الخاصة بالتجارب التى عملها والتى اتخذت اساسا لجميع العلاجات الطبية الحديثة للوقاية من الامراض الزهرية وقد اختار لتجاربه نوعا من القردة - Anthropoid Apes لانها اقرب الحيوانات للانسان . ولهذه الخاصية فقد تمكن من نقل عدوى الزهرى اليها ووجد انه اذا دلك مكان العدوى بمرهم يحتوى على جزء من الكالوميل (الزئبق الحلو) وجزئين من اللانولين فان وقاية القرد من الاصابة بالزهرى اكيدة واليك تجربة عملية يلذ سماعها

بعد ان تأكد الاستاذ متشنكوف من نجاح تجاربه على الشيمبانزى والمكاكس وغيرها من القردة اختار هو والاستاذ Roux مدير معمل باستور شابا من الذين قدموا انفسهم ضحية للعلم لعمل التجارب عليهم ويدعى ذلك الشاب الهمام Paul Maisonnewe ففى اوائل فبراير سنة ٩٠٦ وفى حضرة ثلاثة من كبار الاطباء الاخصائيين طعماه فى مكانين تطعيما شديد الوطأة واخذت مادة التطعيم من اثنين مصابين بزهرى خبيث فى الدرجة الشديدة العدوى وكان التلقيح اشد مما لو كان بالطريق الطبيعى وبعد ساعة دلكا

المحلين تدليكا جيـداً بمرهم الـكالوميل السابق ذكره ثم وضع المسيو پول بعـد ذلك تحت الملاحظة الدقيقة لمدة عدة اشهر بدون أن تظهر عليه علامات للزهرى حتى تأكدا تأكدا تاما انه قد نجا من العدوى

ولأجل التاكد من قوة المادة التطعيميه وكضابط للتجربة طعما فى الوقت نفسه اربعا من القردة المكاكس بنفس المادة وبذات الطريقة المطعم بها المسيو پول ثم استعملا مرهم الـكالوميل تدليكا للمكاكس الأولى بعد ساعة من الزمن وللمكاكس الثانية بعد عشرين ساعة ولم يدلكا الثالثة والرابعة فكانت النتيجة أن المـكاكس الأول نجت من العدوى والمـكاكس الثانيـة أصيبت بعدوى خفيفة بعد ٣٩ يوم والمـكاكس الثالثة والرابعة أصيبتا بعدوى شديدة جداً بعد ١٧ يوم وهو الزمن اللازم للحضانة عند القردة فتبين من ذلك

أولا — ان المادة الزهرية كانت كافية جدا لاصابة المسيو پول

ثانياً — ان تدليك مرهم الـكالوميل بنسـبة ٣٣ ٪ بعد ساعة واحدة واق اكيد المفعول

ثالثاً — ان تدليك المرهم نفسه بعد عشرين ساعة لا يقى من العدوى وقد اتفق اغلب الاطباء على أن المرهم مفيد فى زمن لا يتجاوز السبع ساعات

نعود الآن الى الوقاية الشخصية ونقسمها الى قسمين

الاول — التطهير المباشر

ومعناه تطهير اعضاء التناسل بعقاقير ومحضرات كيماوية قبل الجماع مباشرة أو بعده مباشرة او هما معا

وسأذكر هنا جميع طرق الوقاية الشخصية ثم نختـار منها ما كان اكيدا فى مفعوله وسهلا فى استعماله

قبل الجماع

١ — عند مواطأة الحائض — (٢) لا تكن سبباً فى زيادة افراز المرأة

وشهوتها بان تمضى معها وقتا كبيرا فى مرقص او محفـل رياضة خلوية او غير ذلك ولقد اجمل Ricord جميع الظروف المساعدة على الاصابة فى مقالته المشهورة فى هذا الموضوع وهاهى مترجمة حرفيا

هل تود ان تصاب بالسيلان اذا فاتبع الآتى : اختر لنفسك امرأة لينفاوية المزاج مصفرة الوجه وفضل من تكن شقراء ذات افراز رحمى غزير تغذ معها وليكن طعامكما مكونا من اسماك البحر oysters ثم السفرجل واشرب جيـدا من النبيذ الابيض والشمبانيا والمشروبات الروحية فتكون فى الطريق الآن ثم ارقص معها بعد الغذاء حتى تشعر بالحرارة ثم احتسى من الجعة بشراهة حتى اذا امسى المساء ابدأ عملك بهمة ونشاط واكثر ما امكنك . وفى الصباح التالى اجلس فى حمام ساخن واحقن مجرى البول [1] فاذا اتبعت هذا البروجرام ولم تصب بالسيلان فانت تحت حماية خاصة من الآلة

(٣) اطلب من رفيقتك التبول ثم عمل غسيل مهبلى ثم غسـيل الاعضاء التناسلية الخارجية جيدا ودهنها بالفازلين الفنيكى ١٪ او الفازلين البسيط

(٤) ضع قطعة من الشاش او القطن مغمورة بمحلول برمنجنات البوتاس ١/٢٠٠٠ داخل المهبل

وأنت ترى ان هذه الاحتياطات كلها من الصعب تنفيذها اثناء الجماع

(٥) البس الكندوم (الجراب) بشرط ان يكون من نوع جيد وادهنه بالفازلين قبل الايلاج

(٦) كن سريعاً فى عملك فان التطويل يزيد التعرض للاصابة بعد الجماع

(٧) تبول واغسل الصماخ بالبول

(٨) اغسل جيداً بالماء والصابون

---

(١) القصد من الحقنة ادخال الميكروبات الموجودة خارج المجرى فيه

(٩) اغسل جيداً بقطعة من الشاش او القطن المشبعة بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ١/١٠٠٠ او ١/٢٠٠٠ ونقط نقطتين فى فوهة الصماخ

(١٠) دلك جميع اعضاء التناسل الخارجيـة جيدا بمرهم متشنكوف اى مرهم الـكالوميل بنسبة ٣٣ ٪

هذه هى الاجراءات التى تتبع وفيها كما ترون حضراتكم اجراءات كثيرة لا يمكن اتباعها عمليـا او لظروف خاصـة ويمكن الاقتصار على الجراب اذا تأكدنا عدم تمزقه والحقيقة انـ التطهير المباشر لا يشمل الا الغسيل جيداً بالماء والصابون بعد التبول ثم الغسيل جيداً بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ١/١٠٠٠ الى ١/٢٠٠٠ والتدليك بمرهم متشنكوف من باب الاحتراس لان نسبة البرمنجنات كافيـة لقتل اللولب الزهرى وميكروب السيلان التى توجد فى الساعات الاولى فوق سطح القضيب وهذا التطهير فى مقدور كل انسان وهو من السهولة بمكان

أما الوقاية عند المرأة فتشمل

(١) الـكشف على الرجل فاذا اشتبهت فى قرحة أو وجدت افرازاً بعد التدليك امتنعت عنه وقد نصحت لـكثير من المومسات باتباع هذه الطريقة وأفادتهن فائدة كبيرة اذا أمكنهن فرز كثير من المرضى ورفضهم

(٢) تغطية عنق الرحم بجهاز من الـكاوتشوك

(٣) دهن الاعضاء التناسلية الخارجية بمرهم متشنكوف أو مرهم فازلين فنيكى ١ ٪ أو فازلين بسيط قبل الجماع

(٤) عمل دش مهبلى بالبرمنجنات ١/١٠٠٠ أو السليمانى ١/٢٠٠٠ ثم التبول ثم غسل الاعضاء التناسلية الخارجية جيداً بالماء والصابون وتدليكها جيـداً بمرهم الـكالوميل ويكون ذلك بعد الجماع

فاذا عملت هذه الاحتياطات عند الرجل والمرأة مباشرة قبل وبعد الجماع باتقان وتؤدة فانها لاشك واقية وقاية أكيدة من الاصابة بالامراض الزهرية

ويدخل فى باب التطهير المباشر اقتراحى الآتى

وهو تحويل مكاتب الكشف ليلا الى عيادات التطهير المباشر وذلك لا يكلف أولى الأمر شيئاً فكل المطلوب هو برمنجناب البوتاس بنسبة $\frac{١}{١٠٠٠}$ ومرهم الزئبق الحلو بنسبة ٣٣ ./ وهده أشياء موجودة باجزاخانات الصحة بكثرة فضلا عن أنها رخيصة وتكليف طبيب من أطباء المصلحة ومعه تمورجى من المصلحة بالنوبتجية فى كل مكتب أو تخصيص أحد الاطباء لذلك

فالشخص الذى يهمل عمل التطهير المباشر لنفسه يتوجه توا الى المكتب فيعمل لهالتطهير المباشر هناك فى مدة وجيزة جداً ويترك الحال سبيله

القسم الثانى من الوقاية

العلاج الواقى السريع Early. Preventive treatmeant يكون ذلك بفتح عيادات مركزية فى نقط خاصة يتولى أمرها اطباء اخصائيون مدربون وتكون العيادة على اتصال باحدى المعامل البكتربولوجية لعمل الفحص والامتحان البكتريولوجى اللازم بالسرعه المطلوبه ويكون بها قسم خاص بالرجال وآخر خاص بالنساء لا يطلب فيها أجر عن علاج او فحص ولا يسئل المريض عن اسمه ولا نسبه ولا صناعته ولا مركزه يعمل فيها العلاج الواقى لكل من اشتبه فى امر نفسه وخاف عاقبة جماع غير شرعى اى يعمل فيها العلاج الاجهاضى ويمكن أن يستفيد منها ٥٠ ./ ممن يؤمونها فى الوقت المناسب وأصل الفكرة من انشائها هو عمل العلاج الاجهاضى للوقاية ولكى يمكن التوسع وجعلها تشمل أيضاً العلاج الشافى فاذا أمها شخص ما ولم ينفعه العلاج الاجهاضى لعدم حضوره فى الوقت القانونى فيستمر فى علاجه حتى تمام شفائه وبذلك تعود بفوائد جليلة جداً وتكون أداة خير فى تقليل الاصابات لهذه الامراض

وانه ليسرنا السرور العظيم ما قرره المجلس الصحى الاستشارى برئاسة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا بخصوص فتح ثلاث عيادات مركزية للامراض الزهرية على الطريقة المتبعة فى الدول الغربية ولاشك أنه سيراعى فى انشاء تلك العيادات قربها من دوائر المومسات ووجودها فى أماكن غير

ظاهرة وعدم تحتيم ذكر اسماء المرضى فيها وبالجملة عمل كل شيء من شأنه جذب أكبر عدد ممكن من الاشخاص رجالا ونساء وفتحها ليلا ونهاراً للفائدة الكاملة — ولا شك أن ثلاث عيادات لا تفى بالحاجة الماسة فى جميع بلاد القطر ويقصد من تحديد عددها بالطبع عدها كتجربة لا جدال فى أنها ستتوج بالنجاح التام مما سيدعو الى الاكثار منها فى جميع أنحاء البلاد فى المستقبل القريب انشاء الله بهمة الاستاذ شاهين باشا الهمام ورجاله الافاضل وتقدير البرلمان والحكومة لهذه المجهودات الصحية الاساسية وأول الغيث قطر ثم ينهمل — ولا يفوتنى أن أذكر لحضراتكم أن لكل من التطهير المباشر والعلاج الواقى السريع أنصاراً وأخصاماً

فاما المحبذون للتطهير المباشر وأكثرهم من الاطباء فانهم جميعاً يعتقدون أنه اذا اتبعت التعليمات الخاصه بالوقاية الشخصية بالدقة التامة وفى الوقت المباشر للجماع فمن المؤكد أن تكون الوقاية تامة فضلا عن أن هذه الطريقة سرية ويمكن لكل شخص عملها لنفسه بكل سهولة وهى قريبة المتناول من كل انسان

ويقول أخصام طريقة التطهير المباشر انها ليست أكيدة الوقاية اذا كان من يستعملها لا يتقنها اما لاهمال أو سكر أو ما شابهه فضلا عن أنها تعطى فكرة زائفة واعتقاداً كاذباً عند من يستعملها بحرازته التامة من الامراض الزهرية فيهمل فى اتباع طرق أخرى للوقاية كالعلاج الواقى السريع

ويقولون أيضاً أنها تؤدى الى انتشار الزنا ما دامت توجد فكرة الوقاية التامة من الأمراض الزهرية

أما عن طريقة العلاج الواقى السريع فيقول محبذوها أنها تزيل كل النقائص الموجودة فى التطهير المباشر وأنها تقى نحو ٥٠ ٪ اذا استعملت فى الوقت ويقول معارضوها انها ليست سرية فضلا عن ان العيادات ستكون معروفة للجمهور فكل من أمها يعلم عنه أنه مصاب بالامراض الزهرية فيمنع الخجل أغلب المرضى

عن امها للوقاية فضلا عن أن مرور الوقت قد يؤدى الى تثبيت المرض فلا تجدى الوقاية نفعاً

ويضيق بنا الوقت عن تحليل حجج كل فريق كما أنه لا لزوم لذلك فأنى شخصياً أنصح باتباع الطريقتين معاً

فان قسما من الناس لا تمكنهم الظروف من استعمال التطهير المباشر كالسكر أو الاهمال أو عدم المعرفة أو لظروف خاصة وهؤلاء يستفيدون من مراكز العلاج الواقى السريع

وقسم آخر من النـاس لا يمكنهم التوجه لمراكز العلاج الواقى السريع لمركزهم فى الهيئة الاجتماعية أو لاعمالهم ومصالحهم الخاصة أو لبعد المسافة . الخ وهؤلاء يجب تعليمهم طرق التطهير المباشر

ويوجد قسم آخر من النـاس لا يأتون فاحشة ولا منكراً لتمسكهم بالدين واتعاظهم بالأرشاد وهؤلاء يجب وقايتهم بالاكثار من النصح الدينى والوعظ النفسى والارشاد الروحى

التبليغ عن الأمراض الزهرية

بقى علينا أن نذكر كلمة عن التبليغ عن الامراض الزهرية كوسيلة لمحاربة هذه الامراض وننظر هل ذلك من المصلحة أو انه لم يحن وقته بعد

قررت بعض الولايات الامريكية و بعض الممتلكات الانكليزية التبليغ عن الامراض الزهرية ويقال أن ذلك جاء بفوائد ومزايا لا يستهان بها

وقررت الدانيمرك التبليغ المستتر بذكر اعداد فقط وهذا لا يفيد الا من الوجهة الاحصائية وحدها . وترى أغلب الدول الأخرى أن الوقت لم يحن بعد لسن قوانين جديدة وأن المسئلة تحتاج لدرس وتمحيص قبل الاقرار على شىء ما

ولنمحص هنا هذه المسئلة و ننظر فيما اذا كان من الفائدة فى بلادنا لمقاومة الأمراض الزهرية التبليغ عن المرضى بها

فائدة التبليغ عن الامراض الزهرية هى كفائدة التبليغ عن أى مرض

معد آخر لفصل المريض ومراقبة المخالطين وتطهير منبع المرض بعلاج المريض علاجاً شافياً محافظة على الصحة العامة

ولنسأل انفسنا هل يمكن فصل المريض ؟ الجواب لا . لانه ليس لدينا قانون يحتم فصل المصاب بالامراض الزهرية او عزله

ونسأل السؤال الثانى « هل يمكن مراقبة المخالطين ؟ الجواب مستحيل لانه ليس لدينا قانون بذلك يعطينا القوة الكافية فضلا عن ان اخلاقنا وعوائدنا تنفر من ذلك النفور كله

السؤال الثالث — هل يمكن تطهير منبع المرض بعلاج المريض العلاج الشافى مجانا وما يتبع ذلك من تسهيل عمل الامتحانات البكتريولوجية المجانية الجواب ايضاً بالنفى — ففى الحالة التى نحن فيها الآن وليس بالمملكة المصرية جميعها مستشفيات خاصة لهذه الامراض لايمكن علاج المرضى علاجا شافيا على نطاق واسع

ومن كل ذلك يتضح ان الاساسات التى تنبنى عليها فوائد التبليغ لا أثر لها عندنا فلا فائدة من التبليغ اذا

نقطة أخرى — نفرض ان قانونا صدر بالتبليغ عن الامراض الزهرية فمن يضمن لنا ان يعرض المصاب نفسه على رجال الصحة افلا ترون انه فى هذه الحاله قد يلجأ الى الدجالين والمحتالين فى الطب خوفا على اسمه وسمعته ومركزه فتنشط تجارة هؤلاء الدجالين وهناك الطامة الكبرى . فانالاضرار الناتجه عن علاجهم للمرض تفوق بكثير ترك المرض بدون علاج

نقطة ثانية — هل يوافق الشعب على التبليغ وهو فى هذه الحالة من الجهل العام والجهل الخاص لهذه الامراض — طبعا — لا

اذا لا بد أولا — من اقامة مستشفيات وفتح عيادات خاصة للعلاج والوقاية من الامراض الزهرية

ثانياً — اصدار قانون صارم يحرم على الدجالين اتخاذ الطب صناعة للتعيش منها

ثالثاً — تعليم الشعب وتوسيع مداركه ورفع مستواه العلمي وعمل وقاية واسعة الانتشار عن ضرر هذه الامراض وخطورتها وضرورة استئصال شأفتها بالعلاج الناجع والوقاية المانعة

بعد ذلك فقط يمكن ان يفكر فى اصدار قانون للتبليغ عن الامراض الزهرية بعدأن نكون قد تسلحنا بكل الاسلحة وتذرعنا بكل الوسائل المطلوبة وعملنا كل ما من شأنه تسهيل مسئلة التبليغ وعند ذلك فقط يكون التبليغ أداة ناجعة فى تقليل الاصابات بالامراض الزهرية ونأمل ان يكون ذلك قريباً بهمة رجال صحتنا وبهمة حكومتنا الساهرة على مصالح رعاياها انشاء الله

نقص الكفاءة الصغرى للكبد

للدكتور محمود على السركى

الوصف الخاص لمجموع العلامات المرضية فى هذه الدرجة يستدعى مساعدة جميع طرق البحث الوظيفية لان التشخيص بالبحث الاكلينيكى فقط يكون فى غاية الصعوبة

والواقع هو انه لا يظهر اكلينيكيا عند هؤلاء المرضى اعراض خاصة واضحة فهم يكادون ان يكونوا تحت يرقانيين لونهم قليل الاصفرار وليس عندهم اكلان ولا بطء ضربات القلب وبولهم رائق ولكنه يحتوى على الايروبيلين ويستولى فى هذا الشكل العلامات الهضمية كفقد الشهية مع لون اللسان الابيض والهضم الشاق وتعاقب الاسهال والامساك وعدم تلوّن المواد لايكون واضحا لكنه غير تام فى بعض الأوقات وتكون المرضى فى حالة تعب مع ارق وكآبة وصداع والكبد يكون فى الغالب متزايد الحجم

قليلا ويتعدى حافة الاضلاع بنحو اصبع او اصبعين وبالضغط عليه يظهر انه قليل الحساسية

والمعمل يرشد الطبيب فى ابحـاثه عن حالة الايروبيلين والـكولالورى بكشاف زهر الـكبريت Hay وعن ارتفاع معدل نقص وظيفة عمل البولينا الغذائية لميارد Coefficleut D'imperfection urèog énique de Maillard

وعن الخاصية السلبية لحمض الجليكوردنيك المحـرضة Glycuronurie بالـكافور لـكل من Roger et Chiray ويسترشد الطبيب ايضاً من بحث الدم عن زيادة الازوت الراسب ولـكن الـكشاف الثابت جدا الـكثير الحساسية هو كشاف كل من Widal. Abrami & Ixn covesco الذى ينحصر فى ظاهره انقلاب التوازن الدموى الهضمى والذى يمكن عمله بدراسة الحالة التى عليها الـكرات البيضاء للدم الدائرى فى الساعتين التى تعقب اخـذ ٢٠٠ جم من اللبن بالطريق المعدى

وينبغى على الطبيب ان يفهم بان كافة ما يستعمل من البراهين للاستدلال على نقص كفاءة الـكبد الصغرى لا تأتى دائما بالغرض المقصود اذ ان جميع وظائف الـكبد لا تمس بالنقص دفعـة واحدة وربما تمس كل واحدة منها على حدة او بعضها دون البعض الآخر بل ربما تستولى واحدة منها على الجميع ولا يوجد شيء اكثر تعقيـدا من دراسة ذلك وهذا ما يستدعى البعض الى الانتقاد واخراج نقص الـكفاءة الـكبدية من حيز الفكر وملخص القـول انه يوجد نقص كفاءات صغرى كبدية لا يمكن اكتشاف اثرها الا باستعمال عدة طرق للبحث .

وقد بحث حديثا [1] Emile Aubertin وبانتظام المصابين بالدرنية فى مصاحى Pessac بالطرق الحديثة المختلفة فوجد الآتى :— اعطاه بحث سكرية

---

(١) Emile Aubertin الكبد والدرن من تيزة بوردو سنة ١٩٢٢

البول الغذائية نتائج متناقضة ووجد ان حمض الجليكورونيك المحرض كان له نتيجتان الاولى — انه لم يوجد ابتداء فى جميع حالات نقص كفاءة الكبد والثانية — ان المرضى ذوو المعدات الهشة لا تتحمله بسهولة اى ان التجربة كانت غير ثابتة واما البحث بطريقة زرقة المثيلين Glaucurie ربما كانت ناقصة واخيراً ظاهرةاضطراب التوازن الدموى الهضمى امكن مشاهدتها عند المرضى الذين لم يوجد عندهم اى علامة واضحة فى نقص كفاءة الكبد بل ربما نقصت عند اشخاص كان عندهم علاماتها بلا نزاع .

وعلى العموم فليس لجميع هذه البراهين قيمة اكيدة خاصة على ان هذا المؤلف اقتصر فى دراسته من وجهة واحدة وهى نقص الكفاءة الكبدية عند الدرنيين ولا تفيد الا هؤلاء المصابين فقط .

وقد أورى كل من [1] Noel Fiessinger et René Clogne أن جميع طرق البحث الخاصة باستكشاف نقص وظيفة الكبد الصغرى ظهرت بمظهر غير موثوق به — ذلك لان الوظائف تقابل مقاومات مختلفة فالبعض منها يساعد والبعض يقاوم وتختلف طريقة هذا الاختبار وهذه المقاومات بحسب أساس الخلية وتاريخها وسنها وحياتها وهذا ما يجعل كل طبيب يضع نصب عينه ان نقص كفاءة الكبد الصغرى تظهر عند كل مريض بحسب معيشته وسلوكه اذ لايوجد قاعدة عامة وثابتة خاصة لذلك كما أنه يجب أن يعرف من وجهة أخرى أن هذه الدرجة من نقص الكفاءة تظهر بسهولة عظيمة جداً بسبب هشاشة الخلية الكبدية وتعرضها للتلف بمناسبة وجود أقل اصابة عفنة أو سامة (Noel Fiessinger) ويهتدى بهذه الهشاشة الخلائية الى كثرة العلامات الصغرى لنقص الكفاءة الوظيفية . ويشاهد نقص الكفاءة الوظيفية

---

(١) Noel Fiessinger et René Clogne وظيفة الكبد واستحالات المواد الاولية الكيماوية والحيوية Metabolisme protéique الجورنال الطبي الفرنساوى الصادر فى فبراير سنة ١٩٢٢

ويشاهد نقص الـكفاءة الصغرى للـكبد فى سير الحالات العفنة Infections أو التسممية Intoxications حتى الخفيف منها كما يشاهد فى ثوب زلالية البول فيكفى لظهورها أى اصابة عفنـة خفيفة كالجريب أو النزلة الشعبية أو الاحتقان الرئوى أو حالة تسممية صغيرة كعسر الهضم أو التسمم الـكؤلى أو الـكلورفورمى ويفسر وجودها باللون التحت يرقانى الخفيف مع الايروبيلين وتارة الـكولالورى وتـكون الموادقليلة التلوذويتواجد فى الزمن عينه التعب ويرتفع على الاخص معدل نقص وظيفة عمل البولينا ليارد ومتى انتهى المرض المسبب تنمحى هذه الاعراض بظهور ازدياد بحران أزوتى Azoturique يكون للـكبد نصيب وافر فيه

وحديثـاً صار من المحقق وجود نقص الـكفاءة الـكبدية فى الفترات الاعتيادية الفسيولوجيـة لسير الحمل وقد وصل كل من[1] Dr Bar Didier et Philippe الى النتائج الآتية بقطع النظر عن مدد العلوق : —

أنه يوجدفى مدةالحمل نقص فى كفاءةتثبيتالمادةالاولية Proteopexiqne بنسبة ٣٥ ./. ويشاهد الايروبيلين قرب نهاية الحمل بنسبـة ٩٠ ./. ويزيد تقريباً دائماً بهذه النسبة أيضاً نقص عمل البولينا لميـارد وأخيراً اذا أخذت الحامل فى نهاية حملها كمية قليلة من السكر تـكون كالمصاب ببول سكرى وقد اثبتت أعمال كل من[2] Craini cianu et Popper هذه النسبة بعينيهـا مدة الاشهر الاخيرة من الحمل فتوجد علامات احتباس الصفراء بنسبـة ٢٠ ./. ويكون اضطراب التوازن الدموى الهضمى ايجابياً بنسبة ٣٣ ./. وهذه العلامات من نقص كفاءة الـكبد تميل الى الزيادة فى سير التعفن النفاسى ويشاهد

---

(١) Didier et Philippe — المجالة الطبية عدد ٤٠ فى ١٥ يونية سنة ٩٢١ صحيفة ٤٧٢ — ٤٧٤ تأثير اضطراب التوازن الدموى الهضمى عند المرأة الحامل فى الحالة الطبيعية

(٢) المجالة الطبية عدد ٤٣ فى ٢٦ مايوسنة ١٩٢١ صحيفة ٤٢٥ نقص كفاءة الـكبد فى سير الحمل

فى الدم اذن زيادة الازوت الراسب وفى البول ارتفاع نسبة اجسام السيتوجين والسبتيو نيك[1] Paul Couinaud et René clogne ولا يتضح اكلينيكيا فى سير الحمل اى علامة ثابتة من علامات نقص كفاءة الـكبد الصغرى الخاصة بالحمـل وقد اراد البعض ان ينسب الاكلان الذى يشاهد فى الحمل الى نقص الـكفاءة وقد شاهد Noel Fiessinger فى استشارة استبالية القديس انطوان اربع حالات حمل مصحوبة باكلان قد اكتشف فى حالتين منها الـكولالورى ولم يكتشف فى الحـالتين الأخريين اثراً لاى تـكدر يؤكد نقص الـكفاءة الـكبدية وعلى ذلك فرغما عن عدم وجود علامات اكلينيكية خاصة بنقص الـكفاءة الـكبدية الا أنها توجد فى عدد عظيم من الحوامل ومن المفروض اخذ الاحتياط لها اثناء الولادة والنفاس

اقول — يقتضى اخذ الاحتياط لهـا اثناء الولادة خصوصا فيما يتعلق بالانزفة الاولية بعـد الولادة بسبب تجلط الدم الناشىء من نقص الـكفاءة الـكبدية حيث رأيت مشاهدتين احداهما حصل لها حمل بعد فترة ثمانى سنوات كانت تشكو دائما اثناء هـذا الحمل الاخير باعراض نزلة معدية معوية وآلام حذاء الـكبد احيانا بدون وجود علامات مهمة ويحصل لها احيانا آلام فى الخاصرتين ليست بالآم مغص كلوى وحصل لها اوزيما فى الاطراف السفلى فى آخر الحمل والبول كان خال من الزلال ولـكنه يحتوى على الايروبيلين والانديكان فبعد الوضع الذى حصل طبيعيا طرأ عليها نزيف شديد قتال بدون سبب واضح انتهى بالوفاة رغما عن الاحتياطات الشديدة التى فعلت لمقاومته

والثانية كانت تشكو من اضطرابات هضمية خفيفة واصيبت فى الشهر السابع من حملها بحمرة فى الوجه انتشرت على العنق والجزء العلوى من الصدر ثم شفيت منه ولم يشاهد فى البول عند تحليله تغيرات واضحة — وعقب

---

(١) Paul Couinsud et René clogne الجزء الثالث من كتاب أمراض النساء والولادة نمرة ٤ سنة ١٩٢١ فيما يتعلق بالبحث الـكيماوى للدم عند بعض المصابين بتعفن نفاسى

الولادة الطبيعية وخروج المشيمة بدقيقتين حصل لها بدون سبب نزيف شديد وقعت الوالدة بسببه فى حالة اغماء وقد اسعفت وشفيت .

ويوجد نقص كفاءة الكبد عند الاطفال وما أكثر انتشاره فى مصر ويستوى فى ذلك أطفال المدن والقرى وسببه معلوم وهو جهل الامهات بتقويم أطفالهم صحياً فكم يرى الطبيب منا أطفالا نحفاء وعندهم شهية الطعام متقلبة مع كثرة حصول التكدرات المعدية المعوية وتكون البطن كبيرة الحجم منتفخة مزينة باوعية وريدية متشجرة وتارة تكون هابطة ويكون الكبد أحياناً كبير الحجم ولكنه يكون فى الغالب صغيراً وعلى العموم يظهر على سحنة هؤلاء الاطفال الذهول والكابة — وقد قال عدد من المؤلفين بوجود نقص الكفاءة عند الاطفال حتى أن[1] A. Lesage نسب ما هو مدون باسم مجموع الاعراض المرضية للضعف المفصلى Syndrome de la debilite arthritique الى نقص الكفاءة الكبدية وكل من القىء الدورى واحتواء الدم على الخلون A cétonémie يكون له محلا بين الاعراض وقد وضع كل من Gilbert et Lere boullet هؤلاء الاطفال ضمن فصيلة أمراض صفراوية الدم Famille cholémique حيث كان قد بين كل منهم زيادة حجم الكبد وألمه عندهم وأعقب ذلك غالباً حالة تحت يرقانية وتشاهد تارة الابخرية Richardiere وقد ناقش Pr. Marfan هذا الرأى جداً[2] (وفسره بتكلف بقوله أن أى تكدر اولى للكبد ربما يكون محدوداً على وظيفة السيتوجين ويمكن أن يتولد عنه بمفرده على التوالى متحصل من مركبات السيتونيك — ويتوجه الفكر طبعاً الى أن الكبد يقذف الى الدورة كمية عظيمة من هذه المواد حيث وصلته حوامض دسمة وأمين بأى كمية ولو طبيعية ليس فى قدرته أن يجعلها تكابد

---

(١) الضعف المفصلى عند الاطفال من كتاب A Lessge طبعة سنة ١٩٢١ مكتبة O. Doin

(٢) القىء الدورى مع خلون الدم من كتاب A. B. Marfan طبعة سنة ١٩٢١ مكتبة Masson.

الاستحالات المتوالية الغذائية كيماويا وحيوياً بانتظام Metabolisme وليس فى قدرته من قبل أن يغير شكل متحصلات السيتونيك)

فاذا كان فى هذه الحالة السبب الاصلى ليس كبدياً فيجب على الأقل أن تنسب ظاهرة خلون الدم المهمة Acetonémie الى نقص الكفاية الوظيفية للكبد .

ويندهش الطبيب عند ما يقلب صفحات الكتب ويدقق فى المشاهدات حيث يرى أن نقص الكفاءة الصغرى للكبد أو الاعراض الكبدية الصغرى لجلينارد Hépatisme de Glénard ليست مضبوطة ويستحيل تعيين حدودها حتى ان بعض أعراضها تنحصر فى التعب أو الاضطراب المعدى البسيط بل حتى العلامات الثانوية للامساك . ومن المحقق انه يوجد لها من جهة التشخيص نصيب فرضى ونصيب مبالغ فيه

ومهما كانت النتيجة فان للميل دخلا فى ذلك غالباً ولكن الذى تجب معرفته هو ان الاكلينيك لا يعدم وجود صفات قاطعة كافية تسمح باكتشاف المرض بطريقة دقيقة ومن رأى [1] Noel Fiessinrger اننا مادمنا مقتنعين من الهشاشة المتناهية التشريحية والوظيفة للكبد فلنقبل بأن أقل اصابة هضمية او أقل حالة عفنة أو تسممية يكون لها رد فعل كبدى — وأنه فى أعراض كل من الاضطراب الهضمى والامساك أو النزلة الوافدة ينتج من بعضها تلف فى وظيفة الكبد يكون طفيفاً مرورياً ولا يمسها الا مساً بسيطاً ولكنه تلف مؤكد لا يلبث الا أن يصير جلياً واضحاً

هذه هى درجات نقص الكفاءة الكبدية وأشكالها وعلاماتها واذا التفتنا اليها نجدها كثيرة المشاهدة فى أعمالنا الجراحية كما هى فى أعمالنا الطبية فكثيراً ما يشاهد الطبيب أشكالا تسممية من نقص كفاءة الكبد عقب التخدير بالكلوروفورم أو الجروح المتقيحة خصوصاً فى جراحة المسالك البولية

---

(١) مجلة العمليين صحيفة ٤٠٣ سنة ١٩٢٢ العدد ٣٠

كالنواصير البولية المتقدمة مجانية أوعانية مثلا وفيها يشترك نقص الكفاءة الكبدى بالكلوى ويزيد فى خطر الحالة وهى تبتدئ عادة بالنحافة التدريجية والحالة تحت يرقانية أو اليرقانية ثم القئ أحياناً والاسهال غالباً وتندمج هذه الاعراض تحت اسم امتصاص صديدى (سبتسميا) كما أنها تشاهد فى الحمرة الجرحية ولو كانت الاعراض الموضعية خفيفة الا أن نقص الكفاءة يكتسب فيها أحياناً شكلا خطراً مميتاً كما لاحظنا ذلك حديثاً مع حضرة زميلنا الدكتور محمد افندى عبد القادر الطبيب بسجن الزقازيق وتنحصر هذه المشاهدة فى اصابة شخص عمره نحو الاربعين سنة كان عنده جرح مزمن متقيح عقب نكروز فى عظم الساق الأيمن تضاعف بحمرة لم تتعدى الساق المذكور مصحوبة بحمى ٣٩,٥ + وفضلا عن عدم امتداد الحمرة فقد ظهرت عليه علامات نقص الكفاءة الكبدى التسممى حيث ظهر على المريض حالة يرقانية ازدادت تدريجياً ووقع فى الانحطاط ثم أعقب ذلك انتفاخ بطنى عادى شديد وقئ غزير صفراوى [١] وانتهت الحالة بالوفاة فى ستة أيام من ابتداء مرض الحمرة .

وأما نقص الكفاءة الكبدية فى سير الامراض الباطنية المزمنة العفنة أو التسممية أو الخاصة بالتغذية كما فى أحوال الملاريا المزمنة والدوسنتاريا والبلاجرا والانيميا من الانكلستوما وكذا البلهارسيا خصوصاً أثناء علاجها بالطرطير المقئ فانه يجب دراسة نقص كفاءة الكبد قبل الحقن وبعده لمعرفة قوة تأثيره على وظائف هذا العضو .

وعلى العموم يجب التدقيق لملاحظتها فى هذه الامراض وتتضح بالحالة التحت يرقانية ونقص كمية البول واحتوائه على البليروبين أو الايروبيلين وكذا بنقص التوتر الشريانى وكلها تحتاج الى التحاليل المتنوعة بواسطة المعمل والى دراسة خاصة باسهاب لكى يمكن الحكم على حالة المرض واعطاء الانذار المناسب والمعالجة بالعناية التامة .

---

(١) مذكور فى الكتب الفرنسوية أن القيء لايوجد دائما ولكن ملاحظتنا اورتنا وجود القيء غالبا في الشكل التسممي

التشخيص

يتضمن التشخيص (١) تحقيق سير وظائف الـكبد بالطرق الاكلينيكية (٢) تميز نقص الـكفاءة الـكبدية عن نقص كفاءة الاعضاء الاخرى وعن الامراض المشابهة لاعراض بعض أشكالها

أولا — الطرق الاكلينيكية لتحقيق حركة وظائف الكبد — لاجل مقاس حركة وظائف الـكبد توجد بعض طرق مستخلصة اكلينيكياً من أعمال الـكبد الفسيولوجية ويمكن تقسيمها الى ثلاث رتب حسب ما تقدمه من هذه الاعمال المتعلقة بالتغذية أو المختصة بمضادات التسمم أو بالوظيفـة الصفراوية .

الرتبة الاولى — دراسة وظائف التغذية — المواد الغذائية اما ايدروكربونيه أو أزوتية أو دسمة وكلها تكابد فى البنية استحالات كيماوية وحيوية يتـكون منهـا الاصل المغذى Metabolisme النافع لها ولما كانت تـكدرات استحالة الشحم معروفة قليلا ويقال أن دهنية الدم Lipémie ودهنية البول Lipurie لا توجد الا فى بعض حالات كبدية نادرة فلنقتصر على تـكدرات استحالة الازوتية والمواد الايدروكربونية

ونصل الى تـكدرات اصول المواد الازوتيه بدراسة البول حيث ينخفض فيـه رقم البولينا وتزيد كميـة البقايا الازوتية الاخرى كالنوشادر واللوسين والتيروزين الخ وهناك ظاهرتان مرتبطان ببعضهما البعض ينشأ عنهما انخفاض النسبة الازوتية البولية Azoture iqué حيث انه يتواجد فى مصل الدم زيادة الازوت الراسب P. Birodin فمن جهة التشخيص العملى من النافع بحث الازوت الثابت وهو يعادل طرح ازوت البولينا من الازوت العمومى للمصل الدموى ففى حالة نقص الـكفاءة يكون مرتفعا ارتفاعا واضحا ويكون اعلا من ١٣و. : ١٨و. سنتيمتر بيد انه فى الحالة الطبيعية يتذبذب حول ١٠و. سنتيمتر مكعب

ويستعمل اكلينيكيا لاجل مقاس ايدرات الكربون المحال كشاف سكرية البول فيأخذ المريض على الريق ١٥٠ جم من الجليكوز او ١٠٠ جم وهو الاحسن وقد يفضل عنه الليفيلوز (Le evulose) بالمقدار عينه ففى الحالة الطبيعية تبقى جميع هذه الكمية المأخوذة بالطريق المعدى فى الكبد ولا يكتشف لها اثر فى البول خلافا للاحوال التى يوجد فيها نقص كفاءة كبدية (Colrat)

الرتبة الثانية . بحث وظيفة الكبد ضد التسمم — يلجأ الى عدة طرق لاكتشاف ذلك فمنها دراسة القوة السامة للبول ومنها حقن الايدروجين المكبرت فى المستقيم وملاحظة تصاعده بالرئة ومنها كشاف حمض الجليكورونيك باعطاء كبسول الكافور بالطريق المعدى السابق ذكره فان غياب هذا الحمض ذو القوة السامة الخفيفة فى البول يدل على نقص فى وظيفة الكبد ضد التسمم . ومنها افراز زرقة الميتلين بالكلا بعد حقنها تحت الجلد حيث يبتدىء افرازها عند الاشخاص فى الحالة الطبيعية بعد الحقن بنصف ساعة ويستمر ذلك من يومين الى ثلاثة بنظام تام . ففى احوال نقص كفاءة الكلا يكون الافراز اكثر سرعة واطول مدة وفى احوال نقص كفاءة الكبد يكون الافراز غير منتظم ودورى ومتقطع . واخيرا ظاهرة انقلاب التوازن الدموى الهضمى باعطاء ٢٠٠ جم من اللبن فانها ايضاً علامة قيمة جدا تدل على نقص كفاءة الكبد وسبق ذكرها أيضاً :

الرتبة الثالثة . بحث وظيفة الصفراء — لاجل ذلك ينبغى دراسة كل من الاملاح الصفراوية والمواد الملونة للصفراء فى كل من مصل الدم والمواد البرازية والبول واكتشافها يكون بحالتها الطبيعية او بحالة متنوعة . اما فى المصل فلا يوجد فيه الا اثار من المواد الملونة للصفراء ولا يوجد فيه املاح للصفراوية مطلقا .

واما فى المواد البرازية فاكتشافها سهل خصوصاً عند الاطفال ويكتشف

فيها المواد الملونة للصفراء بطريقة Tri boulet بان يضاف بعض نقط من محلول السليمانى الخلى على كمية صغيرة من المواد البرازية فاذاكانت الوظيفة الصفراوية طبيعية تتحصل على لون وردى كلون زهر الخوخ والافتبقى ذات لون ابيض فى احوال فقد الصفراء

واما فى البول ففى الحالة الطبيعية لا يوجد فيه مواد ملونة للصفراء ولا املاح صفراوية الا فى احوال اليرقانات فانها تمـر فى الدم والانسجة وتتفرز بالبول وتوجد فى الاملاح الصفراوية بمفردها او المـواد الملونة لوحدها او الاثنين معا ومتى وجد احتباس صفراوى لا تمر المواد الدهنية فى الدم عقب اكلة دسمة محتوية على كمية من السمن وهوما يمكن معرفة حقيقته بغياب دهنية الدم Lipémie

(٢) تمييز نقص الـكفاءة الـكبدية عن نقص كفاءة الاعضاء الاخرى وعن الامراض المشابهةلاعراض بعضاشكالها — اذاكانتحالة نقص الـكفاءة الـكبدية كبرى فلا توجد صعوبة فى التشخيص لان اعراضها تـكون واضحة فى الغالب فلا تشتبه بنقص الـكفاءة القلبيـة فان هذه الاخيرة تتميز بضيق التنفس وبطء او سرعة ضربات القلب مع ضعف فى الا لغاط وباقى العلامات الخاصة بالتسمع وبظواهر الركود ولا تشتبه نقص الـكفاءة الـكبدية بنقص الـكفاءة الـكلوية حيث لا يصحب هذه الأخيرة يرقان ولا حصول انزفة بكثرة والعـلامات العصبية تتضح فى الغالب بظواهر تشنجية وعسر تنفس وعنـد الاشتباه فمقدار البولينا فى الدم يكشف اثر العلامة المهمـة التى تعين ازوتية الدم Azotemie

وهناك بعض ظروف ينبغى معرفتها حيث يجتمع فيها نقص كفاءة الـكبد مع اليرقان والنزيف ونقص كفاءة الـكلا مع زلالية البول وازوتية الدم وذلك كما فى المرض المسمى سبيروكتوز اليرقانى النزيفى Spirochétose ictero — hemoragique

فهذا الالتهاب الكبدى الكلوى الذى هومرض مركب يقتضى لتشخيصه تحليل الاعراض ثم جمعها ويعطى لكل اهميته . وعندنا احوال بلاجرا مصحوبة ببلهارسيا ونزلات معدية معوية تكون مصحوبة بيرقان تحت حاد وزلال فى البول فتحلل الاعراض ومشاهدة الطفح البلاجرى وبيض البلهارسيا يدلنا على أن نقص الكفاءات الكبدية والكلوية هى مضاعفات لهذه الامراض الاصلية ويقتضى تشخيصها لاعطاء اهمية للعلاج

ولا ينبغى اشتباه مجموع الاعراض الناتجة من تشرب الانسجة بالحوامض الخلية Syndromes Acidosique التى تشاهد فى نقص الكفاءة الكبدية باعراض مضاعفات البول السكرى التى تسبق الكومافان وجود السكر فى البول فى هذه الاحوال الاخيرة يكون اكثر وضوحاً وينبغى تتبع اكتشاف البول السكرى فى السوابق .

وثوران بعض الاعراض السحائية فى الدرن الرئوى الحاد يمكن ان يشتبه ببعض تكدرات عصبية لنقص كفاءة الكبد ومن عدم وجود اليرقان فى الدرن واهمية العلامات الوظيفية والطبيعية للرئة وتمدد الطحال تكفى لاكتشاف اثر الدرن الحاد وربما تحاط بعض اشكال نقص الكفاءة الكبرى للكبد بصعوبات تجعل التشخيص عسرا فمثلا يأتى الى الطبيب شخص مدمن على الخمر مصاب بالتهاب عصبى عمومى polynévrite وعنده علاوة على ذلك يرقان وهذيان خفيف فهل ينسب هذا الهذيان الى نقص كفاءة الكبد او التسميم الكؤلى أو الاضطراب النفسى لكورساكوف psychose de Korsohoff فلسهولة التشخيص يجب الالتفات الى الفروقات الطفيفة وهى ان الهذيانات الكبدية تكون هادئه وغير مفهومة خلافاً لهذيانات الالكوليسم فانها عبارة عن هوسة كثيرة واما الاضطراب النفسى ففيه تضطرب الافكار على قدر فقد الذاكرة الكلى أو الجزئى للحوادث الماضية أو الحديثة Amnésie rétro—Antéro grade وبذا يكون التميز ممكنا ولكن لا ننسى على رأى بعض المؤلفين ان هذه

الهذيانات قد تأخذ هيئة هذيانات نقص الكفاءة الكبدية والكؤلية

وأما من جهة تشخيص نقص الكفاءة الكبدية المتوسطة والصغرى فانه بالكلام العامى يكون مزوقاً أو بعبارة أخرى تشخيص فكر وميل لانه من الصعب غالباً السعى وراء جميع وسائط البحث السابق شرحها لتأكيد التشخيص وليس لكل طريقة بحث متفردة أى قيمة مطلقة فى الواقع ولكن هذا لا يمنع من الالتجاء الى بحث معادل نقص عمل البولينا لميارد وبحث كل من المواد الملونة والحوامض الصفراوية الايروبيلينية مجتمعة وعلى كل حال فان نقص الكفاءة الكبدية فى حالة الابتداء ليست مرضاً كبير الخطر بل هى حالة مرورية كثيرة الحصول فى سير الحياة حتى فى المظهر الطبيعى للشخص ولا يعطى أهمية لظهورها الا من جهة استدامتها وتأثير الخلية الكبدية لهشاشتها وتلف البارانشيم الكبدى تلفاً لا يمحى وينبغى تشخيص السبب ايضاً بالبحث والاستقصاء لمعرفة ما اذا كانت الحالة ناشئة من سبب عفن حاد أو مزمن أو من حالة تسممية داخلية أوخارجية أومن مرض البرانشيم الكبدى Paren cbyme أى مرض النسيج الخلائى الكبدى نفسه أو أنه من حالة فسيولوجية وهذا البحث سهل وينحصر فى بحث سبب امراض الكبد

الانذار

يتعلق الانذار بعوامل مختلفة متضاعفة نذكرها على التوالى

(١) من جهة درجات نقص الكفاءة وشكل مجموع الاعراض — نقص الكفاءة الكبدية الصغرى والمتوسطة ليس لها انذار فى حد ذاتها واما نقص الكفاءة الكبرى فهى اكثر اهمية ومتى زادت الاعراض يوما فيوم رغما من الراحة والغذاء فالانذار يكون رديئاً واليرقان يعتبر عرضاً قليل الاهمية خلافا للعوارض العصبية وكلما نقص اليرقان وازدادت الحالة العمومية خطورة وتكررت الانزفه وازداد الانحطاط العصبى التدريجى وقلت كمية البول فى

بحر ٢٤ ساعة فينبغى اعطاء الانذار قيمة خطرة وكل نقص كفاءة كبدية تزيد فيها كميـة البول مع خفة فى الاعراض فانذارها حميد فى الغالب . ويجب أن يعطى أهمية كبرى فى الانذار أيضاً متى تواجدت الانزفة المخيفة خصوصاً أنزفة القناة الهضمية

(٢) أبحاث المعمل — متى نقصت كمية البولينا فى البول وازداد نقص عملها زيادة واضحة وازداد الامين الخلى Amino- acidurie وخصوصاً تشرب الانسجة بالحوامض الخليـة : Acidose تعتبر نقص الـكفاءة شديدة الخطر ويعتـبر أقل خطورة من ذلك وجود كل من كولا البول Cholurie أو الايروبيلين البـولى Uroblinurie وسكرية البول الغذائية وفقـد حمض الجليوكورنيك Agly curonurie وظاهرة زرقة المتلين Glaucurie المتقطعة وأما التأثير الحساس جداً لاضطراب التوازن الدموى الهضمى فهو أقل خطرا من الجميع

(٣) المدة — طبعاً نقص كفاءة كبدية طويلة المدة ثابتة هى أ كثر خطراً فى الانذار جداً من نقص كفاءة كبدية مرورية

(٤) نقص الـكفاءة الـكبدية تكون خطرة الانذار متى وجدت عند مريضة بحالة قلبية فى حالة الاسيسيتولى أو عنـد مصاب بافة كلوية فى حالة التسمم البولى أو عند مصاب بالتهاب رئوى فى اليوم الخامس وذلك لارتباط وظيفة الـكبد بوظيفة الاجهزة الأخرى .

وهذا الاتحاد الفعلى الوظيفى هو ضرورى لنوال الشفاء فيها

(٥) الاسباب — للسبب المرضى أهمية كبرى فى الانذار فنقص الـكفاءة الـكبدية تكون خطرة فى الامراض العفنة كالالتهاب الرئوى والحمى التيفودية والحمرة والتهاب المعلقة الدودية وأقل خطراً من ذلك الامراض العفنة المزمنة كالدرن والزهرى والاجام وتكون شديدة الخطر فى التسممات الشديدة

كالتسمم بالفوسفور وأقل من ذلك كالتسمم بالكلوروفورم والكول ثم الارسينو بنزول ولا ينسى خطر الانذار أيضاً فى سير الآفات المزمنة للكبد كالالتهابات الكبدية المزمنة الانحلالية والاسكليروزية والتى توجد فيها العلامات العصبية والاعراض النزيفية ويعطى الانذار باحتراس فى نقص الكفاءة المتولدة فى سير السرطانات أو الخراجات والاكياس الديدانية للكبد

« يتبع »

طريقة العدوى بالسل

ووسائل الوقاية منها

نقلا عن المجلة العلاجية عدد فبراير سنة ٢٣

تعريب الدكتور امين عوض الله

يأخذ البحث عن السبب فى التدرن دائماً مكاناً ممتازاً فى المناقشات الطبعية ولكن لم تأخذ هذه الابحاث شكلا منتجاً الا فى القرن الماضى اذ أخذ الباحثون فى درس أسباب المرض الحقيقية واستبعاد غيرها

وكانت تلك العقول المفكرة كثيرة يحدوها عامل واحد هو الرغبة فى العثور على السبب لهذا المرض

وقد توصل الدكتور Villeman فى سنة ١٨٦٥ بعد أبحاث عديديه الى نتيجة حاسمة وهى أن هذا المرض ينتشر بالعدوى فأحدث اكتشافه هذا رجة عظيمة فى العالم الطبى ومناقشات عديدة ولاجل اثبات نظريته أحدث الدرن بواسطة التطعيم ببصاق الانسان وافرازات أخرى درنية ولدحض هذه النظرية قام آخرون بواسطة التطعيم بالزجاج المسحوق ومساحيق أخرى لاثبات

أن هذه المواد الجامدة inert قد تحدث المرض

وقد نجح الباحثون الذين أجروا تجربة التطعيم بمواد ملونة بافرازات الدرن فى احداث المرض

وبينما كانت هذه الابحاث والمناقشات دائرة كان أحد أطباء الصحة الالمانيين غير معروف للعالم يبحث عن السبب البكتريولوجى لهذا المرض وفى سنة ١٨٨٢ أعلن عن نتيجة تجاربه وابحاثه ومن هذا التاريخ صار كوخ هدفاً لسهام التحبيذ والنقد ولكن ابحاثه كانت مستوفاة حتى أن الميكروب الذى اكتشفه اعترف به نهائياً بعد زمن قصير أنه هو السبب الوحيد الحقيقى لداء التدرن

وان كل التفاعيل المرضية التى تنشأ من رد فعل أنسجة الجسم ضد باشلس الدرن الحى هى درنية ولذلك اختفت اسماء المرض الخنازيرى Scorfula و lupus كامراض منفصلة من اللغة الطبية واتسعت دائرة الدرن الانسانى وقد يصاب بالدرن كل عضو تقريباً فى جسم الانسان وربما يستثنى من ذلك الغدة الدرقية

ولم يقتصر ضرر باشلس الدرن أنه يعيش ويسبب المرض فى كل جزء من الجسم وأنه يرأس قائمة الامراض الفتاكة بالنوع البشرى ولكنه أيضاً بطول مكثه أمكنه أن يعيش فى الحيوانات ذوات الاربع وفى العصافير وفى الحيوانات ذوات الدم البارد وهذا التغير فى الوسط الذى يعيش فيه الميكروب ينشأ عنه تغيير فى خواصه وطباعه

فأنواع الميكروب التى تعيش فى السمك والحيات تنمو فى مزارع حرارتها من ١٠° الى ٣٠° سنتيجراد والانواع التى تعيش فى الحيوانات ذوات الحرارة المرتفعة مثل العصافير يمكنها أن تنمو فى حرارة ما بين ٤٣ الى ٤٤° والنوع الاول لايحدث مرضاً فى الطيور ولاذوات الثدى ولذلك سوف لا نعيره أى اهتمام

والنوع الثانى يجد أحسن تربة مناسبة له فى أجسام الطيور الداجنة وهو لا يصيب الطيور البرية الطليقة ولكنه يفتك بها متى وضعت فى حدائق الحيوانات ومحال الاسر الأخرى

وكل الطيور الداجنة معرضة للاصابة به ولكنه أكثر انتشاراً فى الدجاج وقد أخذ فى الانتشار حديثاً حتى قل عدد الدجاج والبيض فى بعض المواضع

ومواضع المرض فى الدجاج توجد فى الغشاء المخاطى للامعاء بشكل درنات مستديمة وفى الكبد والطحال والرئتين والكلى ولكن بما أن الاوعية الليمفاوية قليلة فى الدجاج فاكثر الأعضاء اصابة هو الامعاء والميكروبات تطرد مع البراز وبعد أن يزمن المرض ينشأ عنه اسهال مستعص وهزال شديد فى عضلات الصدر

وطريقة العدوى فى هذه الطيور هى بواسطة تعاطيها الطعام من برازها الملوث بالميكروب ولذلك فان دجاجه واحدة مصابة بالدرن فى الامعاء تكفى لعدوى عدد وافر من الدجاج واذا عاشت طويلا فربما تعدى القطيع كله

والخنازير غير معرضة للعدوى بهذا النوع ولكن التقاطها لاعضاء الطيور المصابه بالدرن وافرازاتها يمكن ان يسبب لها العدوى

واما الانسان فغير قابل للعدوى بهذا النوع الا نادرا والطيور التى تؤكل مطبوخة غير خطرة وبيض الدجاج المريض بالدرن قد يحتوى على الميكروب واذا أكل عدد من هذا البيض نيئاً فقد يسبب العدوى فى الاطفال ولكن عدوى البالغ بهذا النوع فى حكم المستحيلة

ولما اعلن كوخ اكتشافه لميكروب الدرن لم يكن عنده اقل فكر بانواع الميكروب ولكن ظهر له بعد قليل ان نمو ميكروب الطيور والبقر والانسان فى المزارع لا يأخذ شكلا واحدا ولا ينمو بسرعة وسهولة واحدة وفى سنة ٩٨ اجرى الدكتور Smith تجارب اظهرت بدون شك وجود اختلافات بين

زرع الميكروبات المأخوذة من بصاق الانسان والميكروبات المأخوذة من أصابات البقر وفى وصفه اشار الى الاول بانه النوع الانسانى والى الثانى بانه النوع البقرى .

وقد اظهر الاختلاف بين النوعين واصبح الفرق بينهما معروفا الان وباشلس الدرن البقرى اكثر عدوى وفتكا بالماشية

فالخيل والحمير والغنم والماعز والكلاب والقطط عندها مناعة عظيمة ضد هـذا المرض بينما الارانب والارانب الرومية والخنـازير تأخذ مكانا وسطا والحيوانات البرية فى الغابات تنجو من المرض ولـكنها تصاب به فى اوساط الاسر والحيوانات التى تأكل العشب اكثر اصابه من اكلة اللحوم

ومنبع عدوى الماشية هو وجود بقرة واحدة بين القطيع مصابة بالسل الرئوى او بالدرن فى الامعاء او الرحم او الضرع ومن هذه البقرة يخرج عدد وافر من الباشلس مع افرازات السعال وفى البراز وهذه المواد تصل الى غذاء باقى البقـر او الى اعضائها التنفسية فتتم عدواها بالدرن وزيادة عن ذلك فان لبن البقرة المريضه بدرن الضرع يحتوى على كثير من الميـكروب ايضاً اما من نفس الضرع او من افرازات الرحم والامعاء التى تصل الى اللبن اثناء الحلب

هذا اللبن محصول تجارى تشتريه العائلات لاجل غذاء الاطفال فتجـد الام الساذجة تحفظ اللبن باردا فى وعاء نظيف لتعطيه لطفلها وهى تجهل انها بذلك تمهد لطفلها طريق المرض والوفاة

وقد يصل اللبن الملوث الى معمل الالبان ويخلط مع اللبن الخالى من الميـكروب وعلى ذلك يصير المعمل ملوثا ويشتريه التجار لغـذاء الخنازير وعجول البقر فتنتقل العدوى الى هذه الحيوانات وهكذا فضلا عن ان الزبدة المستخرجة من هذا اللبن تحتوى على ميكروب الدرن وتعيش فيه شهورا

وقد فحصت محلات الالبان فى عدة مدن لاجل التحقق من وجود ميكروب الدرن فيها وكانت النتيجة كما يأتى

فى مدينة شيكاجوا كانت نسبة محلات اللبن التى وجد بها الميكروب ½ ١٠ ٪ وفى باريس ١٢ ٪ وفى نيويورك ١٦ ٪ وايدنبره ٢٠ ٪ ولندن ٢٢ ٪ وبرلين ٢٨ ٪ وهذه حالة تستدعى طبعاً تعقيم pasteurization اللبن قبل استعماله والغرض من التعقيم هو قتل ميكروب الدرن والميكروبات الاخرى المرضية وقد اظهرت تجارب كثيرة ان ميكروب الدرن يموت فى حرارة مقدراها ٦٠° فى مدة ٢٠ دقيقة ودرجة الحرارة هذه او اعلى منها قليلا لا تضر المواد المغذية ولا الحيوية Vitamines التى فى اللبن وقد ينتقل باشلس الدرن بواسطة السائل المنوى او الحيوانات المنوية او البويضات ولكن مما لا يظن فيه ان نتيجة التلقيح يمكن ان تعيش طويلا وتنمو اذا وجد فيها هذا الميكروب الضار القوى

ويظهر انه غير ممكن توارث الدرن بواسطة حمل الحيوانات المنوية او البويضات لميكروب الدرن الى الجنين ولكن من السهل ان ينتقل الميكروب من مشيمة مريضة ومن هذا يتضح ان العدوى تحدث فى فترة الحمل الاخيرة وكل ما كانت العدوى متأخرة كلما كانت الفرصة احسن للجنين ان يولد حيا وعلى فرض ولادته حيا فان انذار المرض يكون سيئاً

العدوى بميكروب الدرن البقرى

فى البالغين والاطفال

لما عرف باشلس الدرن بانه السبب الحقيقى للدرن فى كل الحيوانات المستعملة للاكل ساد الظن بان هـذه الحيوانات هى المنبع العمومى لامراض الدرن فى الانسان

وبالطبع عملت المجهـودات لاعدام كل القطعان المريضة ولـكن ظهر ان الخسارة المالية عظيمة ولم يبذل أى مجهود لتقليل العـدوى من منابع جسم الانسان .

ولكن لما تميز باشلس الدرن الانسانى من الباشلس البقرى وظهر ان درن الرئتين هو السبب الاصلى فى انتشار العدوى بين الانسان تأكد الدكتور كوخ ان اعدام القطعان المصابة بالدرن خطأ وغير مفيد وان المرضى الذين يزيد عمرهم عن ١٥ سنة فان من يصاب منهم بالدرن البقرى اقل من واحد فى المئة من مجموع الاصابات

وقد صرح الدكتور كوخ فى لندن سنة ١٩٠١ بأنه متأكد ان باشلس البقر سبب تافه جداً وغير مهم فى احداث الدرن الانسانى وقد احدثت تصريحاته هذه هياجا فى العالم الطبى وادت الى ابحاث جديدة متنوعة وفى واشنطون فى المجمع الدولى الطبى المنعقد سنة ١٩٠٨ اكد كوخ للحاضرين بانه سيبذل كل وقته ومجهوده فى توجيه الابحاث لهذا الموضوع وكان على وشك ان يتسلم التقارير التى وضعت فى هذا الشأن ولكن وفاته سنة ٩١٠ تركت هذا العمل بدون ان يحل محله احد ومع ذلك فان نتيجة هذه الابحاث قد اظهرت بان الدرن الذى يصيب الانسان بسبب بشلس البقر محصور فى الاطفال الذين عمرهم اقل من ١٦ سنة وابحاث الدكتور برون تدل على أن بين ٢٨٠ حالة طفل عمرهم أقل من ست سنوات توجد ٢٣ فى المـاية مسببة عن باشلس البقر وبين ١٥٣ حالة عمرهم من ٥ الى ١٦ سنة يوجد ٢٤ فى المابة مسببة عن باشلس البقر والاحصائيات الاخرى من كل المصادر تدل على ان الانسان بعد الخامسة عشر عنده مناعة ضد باشلس البقر

واللبن هو واسطة نقل عدوى باشلس الدرن فى الاطفال والقناة الهضمية هى طريق العدوى فبعض الميكروبات يمر فى غشاء الحلق واللوزتين ليصل الى الغدد اللمفاوية فى الرقبة ولكن العدد الاكبر من الميكروبات يصل الى المعدة والامعاء الصغيرة ثم يمر من الغشاء المخاطى ويدخل فى الاوعية اللمفاوية والدموية ثم يحمل الى جميع اجزاء الجسم ويسبب المرض فى غدد المساريقا والغدد الشعبية وفى العظام والمفاصل والاغشية المصلية

واحصائيات الدكتور كوسل تظهر بان باشلس البقر يسبب فى الاطفال ٤٫٣ ٪ من حالات درن العظام ١٠٧ ٪ فى الماية من حالات درن السحايا و٢٣٫٨ ٪ من الدرن العمومى و٤٠ ٪ من درن الغدد اللمفاوية فى الرقبة و٤٩ ٪ من كل الدرن الباطنى

واصابات الدرن البقرى فى الانسان اقل شدة من الدرن الانسانى ولكنها تحدث وفيات كثيرة فى الاطفال ولذلك لايجب أن يهمل أمرها

وبالتأكيد يجب أن يكون كل اللبن التجارى الذى يعطى للاطفال معقما ما عدا اللبن المأخوذ من حيوانات ثبت باختبار التبوبركلين انها سليمة من المرض وفى سنة ٩٠٨ أكد الدكتور ملفن بأن ١٠ ٪ من أبقار اللبن وواحد فى المائة من الحيوانات الاخرى و ٢ ٪ من الخنازير مصابة بالدرن ويظهر أن عدد الخنازير المصابة بالدرن آخذ فى الازدياد و ٩ ٪ فى الماية من كل الخنازير التى ذبحت برخصة من حكومة الولايات فى سنة ١٩١٦ وجد أنها مصابة بهذا المرض

وقد أنشأ مصح هامبورج بنسلفانيا فى مدة وجوده محلا لتربية الخنازير لكى تأكل فضلات المائدة والمطبخ للمرضى والموظفين ولتربية الخنازير اللازمة للمطبخ وفضلات المائدة تسخن الى درجة ٨٥ — ٩٠ وفى السلخانة امتحنت الخنازير التى ذبحت وأمتحنت الغدد الليمفاوية ميكروسكوبيا ولكن لم يوجد اثر عرض الدرن

وكل انواع باشلس الدرن عديمة الحركة ولذلك يجب ان تحمل من نوع من الحيوانات الى النوع الآخر ومن حسن الحظ فان باشلس الدرن الانسانى لا يصيب غيره من الحيوانات

والحيوانات ذات الاربع عندها قوة مناعة شديدة ضد باشلس الدرن الانسانى وقد يمكن عدوى كل هذه الحيوانات ولكن الاصابة تكون محلية

ومحصورة فى قليل من الغدد القريبة من دخول الميكروب وهذا بالاخص صحيح فى البقر والخنازير ولكن الطيور الداجنة أقل قوة فى المقاومة والقرود المأسورة قابلة للعدوى وتصاب بالسل الرئوى والببغاء والكنارتموت منه أيضاً

ومع أن الانسان غير معرض للاصابة بالدرن الانسانى من الحيوانات السفلى فان العدوى ممكنة ودائما موجودة فى الانسان نفسه وبكل أسف فان طريقة خروج باشلس الدرن من رئة الانسان تساعد جداً على عدوى الآخرين فالميكروب يخرج مع البول من المصابين بدرن فى المجارى البولية التناسلية ويخرج فى الصديد من القروح والخراجات الدرنية ومن البصاق المزدرد وقروح الامعاء فى البراز فالصديد تمتصه الغيارات ويجب أن تحرق والبول والبراز ترمى فى المجارى العمومية وكل المواد البرازية يجب تطهيرها قبل أن تصب فى مياه الانهار وقد امتحن الدكتور برن مياه نهر الساراناك عند نقطة اتصال مجارى العزبة والمصح بالنهر وبعد هذا الاتصال أيضاً فوجد ميكروب الدرن فى كل ارتفاعات سطح الماء ولكنها كانت قليلة كلما بعد الاتصال ثم اختفت على بعد اربعة أميال من اتصال المجارى بالنهر

وميكروب الدرن الذى يحدث المرض فى الانسان منشؤه غالباً وبلا استثناء من اصابة الرئتين فى انسان آخر وهو يخرج من موضع الاصابة الى الشعب الصغيرة ثم الى الشعبة مدفوعاً بواسطة الخلايا ذوات الشعر ثم الى القصبة الهوائية ومنها الى الفم ويخرج خارج الفم فى البصاق

وعدد الميكروبات التى تخرج فى البصاق عظيم جداً وقد أحصى الدكتور ناتال عدد الميكروبات التى تخرج من فم المصاب بالسل الرئوى يومياً بأربعة ملايين ميكروب واذا كان الوسط التى تعيش فيه رطباً فانها تكون ذات خطر عظيم عند رسوبها فى الاكل والشراب أو على لعب الاولاد وبعد أن يجف البصاق تتطاير ذراته المشبعة بالجراثيم وتصل الى القناة التنفسية وهنا موضع

الخلاف بين الثقات

فبعضهم يؤكد أن كل عدوى السل التى تحدث للانسان من الخارج تكون عن طريق القناه الهضمية وذلك لان الميكروبات تستقر على الغشاء المخاطى للانف والحلق ثم تدخل الى القناة الهضمية وبعضها ينفذ من الغشاء المخاطى للامعاء الدقيقة وتحمله الاوعية اللمفاوية الى القناة الصدرية ومنها الى القلب ومنه الى الرئتين ويمكن أن تحدث العدوى بهذه الطريقة

وبعض الثقات يعتقد أن الباشلس قد يمر من غشاء الانف والحلق المخاطى الى الغدد الليمفاوية فى الرقبة ومنها الى البلورا ومنها الى الرئتين وقد يمر أيضاً من الغدد اللمفاوية الى الأوعية الشريانية ثم يصل الى الرئتين بواسطة القلب

وكثيرن يعتقدون أن باشاس الدرن ينفذ مباشرة الى القناة التنفسية فبعضها يغير سيره فى الشعب الكبيرة ويخرج ثانياً مع البصاق ولكن عددا غير يسير منها يدخل الى خلايا الرئتين ثم يمر من هذه الاوعية اللمفاوية ومنها الى الغدد اللمفاوية فيسبب فيهاالدرن وكذلك فى الرئتين

ونقط البصاق تخرج من الفم والانف بواسطة السعال والعطس والكلام بصوت مرتفع وفى الغناء ففى نوبات السعال القوية تحمل هذه النقط بواسطة الهواء مسافة ثلاثة أقدام أو أكثر وبعضها صغير جداً لدرجة أنه يعوم فى لهواء مدة نصف ساعة وقد ظهر بالبحث أن هذه النقط تحوى باشلس الدرن

المنازل والخانات والمخازن وعربات الشوارع المزدحمة والمعامل الغير مستوفاة طرق التهوية يمكن فيهاأن ينتقل الباشاس الحى النشيط بهذه الطريقة من رئة انسان ما الى رئة الآخر وتاريخ عدوى كثيرين بمرض السل يدل على أن هذه الطريقة هى العامل الحقيقى فى انتشار المرض وكثيراً ما وجد باشلس الدرن على يد الشخص المريض التى يضعها على فمه وقت السعال وهذه الايدى تجفف على اكر الابواب والملابس والاشياء الاخرى التى تلمسها ويجب على المريض بالسل ومن يخالطه أن يغسل يديه جيداً قبل تناول الطعام ويجب أن

لا يمس طعاما للآخرين وقد يلصق الباشلس على غشاء الشفتين المخاطى الناشف وعلى ذلك يكون التقبيل غير مستحسن ويظهر أن الملعقة هى أسوأ اداة لنقل الميكروب من أدوات المائدة ويجب أن تخصص كؤوس الشراب لكل فرد

والذباب هوام ضارة لها ارجل وأقدام ذات شعر وتحمل باشلس الدرن بكميات عظيمة من البصاق ثم تتركه على الطعام وهى تأكل البصاق أيضاً وينمو الباشلس فى جسمها ثم تخرجه بكميات عظيمة فى البراز وهى منبع خطر عظيم

والباثولوجيين والجراحين والاطباء الذين يلامسون الاجزاء المصابة بالدرن معرضون للعدوى المحلية ولو أن الجلد السليم لا ينفذ منه الميكروب فان جرحا صغيراً جداً فى سطح الجلد يساعد على العدوى وفى هذه الحالة تبقى العدوى محلية على أنه اذا كان كل الباشلس الذى يخرج مع البصاق ويترك على الارض أو فى الغرف يبقى حياً ويجف البصاق ويطير فى الهواء بشكل تراب فان عدد الباشلس يكون كبيراً جداً بحيث أنه يعدى كل الجنس البشرى بطريقة الرئتين ولكن لحسن الحظ لا يحصل ذلك لان الهواء وأشعة الشمس والجفاف تقتل كثيراً من الباشلس وتضعف البعض الآخر بحيث أن أغلب السكان ينجون

وقد يحدث أن كثيراً من السكان وربما أغلبهم يصابون بالدرن الموضعى الخفيف وهذا يحدث مناعة فى الجسم ضد انتشار الباشلس واحداث السل العمومى وكلما كانت حيوية الباشلس فى العدوى المحلية شديدة كلما كانت المناعة قوية وجسم الانسان فيه قوة مقاومة طبيعية ضد الباشلس وفى بعض الاجسام الاخرى ولكن ليس من السهل أن نعرف سبب هذه المعضلة لان الانسان ليس معرضاً لعدد واحد من الباشلس كما أن حيوية الباشلس تختلف

والاجناس البشرية تختلف قوة مقاومتها عن بعضها بالجنس الاسود والهنود تكثر فيهم العدوى وتكون أكثر شدة من الجنس الابيض ولكن هذا الايضاح ليس كافياً فطرق معيشة هذه الاجناس مختلفة عند

الجنس الابيض ومع ذلك فانهم متى وجدوا فى الاسبتاليات والمصاح حيث يعيشون معاً فى وسط واحد فالنتيجة تكون واحدة كما هى خارج الاسبتاليات ويوجد من يعتقد أن العدوى الاولية هى التى تنشأ من الخارج فقط وهذا يحدث غالباً فى الاطفال

والاصابات الثانوية تنشأ عن العدوى المبدئية والسائد فى الاذهان أن اصابة الطفل بالحصبة أو السعال الديكى أو الانفلوانزا وكثرة الفكر والهم عند البالغين والاجهاد فى العمل والتعرض للطقس الشديد والاكل الغير كافى والحمل والرضاعة المستطيلة وكل حادث ينتج عنه ضعف فى القوى العمومية يمكن أن يغير اصابة خفيفة الى اصابة شديدة جداً

هذه هى النظرية السائدة وكل الدلائل الاكلينيكية تتفق معها والذين يقولون بهذه النظرية لايقفون عند هذا الحد بل يتجاوزونه الى التأكيد بأن كل امتداد فى الاصابات الضعيفة منشؤه من داخل الجسم وأن الشخص المصاب اصابة خفيفة بالدرن لا يمكن أن يعدى من الخارج والعدوى الداخلية تتسبب من كون الخلايا والانسجة غير قادرة على كبح جماح الباشلس فينمو ويتزايد الى أن يصير قادراً على أن ينفذ من الحاجز اللمفاوى المحيط به وبعد ذلك ينتقل الى وسط آخر بواسطة الاوعية اللمفاوية والدموية ولايمكن أن تمتد الاصابة قبل أن يزيد عدد الباشلس بدرجة تمكنه من مقاومة المناعة عند المصاب

واذا كانت العدوى تنشأ من الخارج فان نفس النسبة بين قوة الباشلس وقوة مقاومة الخلايا والانسجة تكون محفوظة وفى كلتا الحالتين يصل عدد عظيم من الميكروبات الحية النامية الى الجسم

فهل هذا ممكن حدوثه من العدوى الخارجية والجواب على ذلك ان اكثر الباحثين يؤكدون ان هذا ليس ممكنا فقط بل ويحدث حقيقة فى حالات كثيرة

فالمداومة على استنشاق الباشلس او ازدراده مع البصاق بعدد كاف قد ينشأ عنه مرور عدد عظيم من الباشلس يكفى ان يتغلب على مناعة الجسم

وعدد الوفيات بالدرن بانواعه سنويا فى الولايات المتحدة ١٥٠٠٠٠ نفس وهوا كبرعدد فى سجل الوفيات ويزيد كثيراً عن عدد الوفيات باى مرض آخر ومدة المرض تتراوح بين ثلاث سنوات وخمس سنوات واكثر من نصف الوفيات يحدث فى سن الشباب بين الخامسة عشر والخامسة والاربعين وكثير من هؤلاء آباء وامهات وهم من يقومون بكسب العيش للعائلة ومن يقومون بعناية المنزل فهم يصيرون عالة فى زمن الشباب والقوى وكثير من العائلات يشعر بثقل الحمل المادى وكثير منهم يصير فى حالة فاقة شديدة فباشلس الدرن هو اول الميكروبات التى تؤدى الى المرض والفقر والوفاة والوقاية منه احسن واسهل وارخص من علاجه والشخص السليم الصحيح اقوى من الشخص المعالج فكيف يمكن منع العدوى ؟

يجب أن يولد الاطفال اصحاء البنية ويجب ان يعطو تغذية تامة بواسطة لاكل الكافى

ثانيا يجب ان يعيش الناس فى منازل متسعة كافية النور والهواء ونظيفة وجافة

ثالثاً يجب لبس الملابس الكافية المناسبة ويجب تمضية بعض الوقت يومياً فى الهواء الطلق

رابعاً يجب الامتناع عن التطرف فى اى شىء ويجب منع الباشلس من الدخول فى الجسم

خامساً يجب طبخ الاكل جيداً أو تعقيم اللبن

سادساً يجب الامتناع عن تقبيل الاشخاص المصابين بالسل وان لا تستعمل أوانى الاكل والشراب التى يستعملها المسلولون

سابعاً يجب غسل الايدى قبل الاكل وابادة كل الذباب

ثامنا يجب الغيار على القروح الدرنية ثم حرق الغيارات

تاسعاً الخطر الاعظم هو فى السعال والعطس والبصاق وهذا يمكن ملافاته

بوضع منديل من الورق قريباً من الفم والانف عند السعال والعطس ويجب البصق فى فنجان ورق كل هذه تحرق بعد الاستعمال

عاشراً والبشلس الوحيد الذى لايخشى من خطره هو الباشلس الميت

طريقة العلاج باشعة الشمس

فى الدرن والسل الرئوى

للدكتور امين عوض الله

حضرة الزميل المحترم رئيس تحرير المجلة الطبية المصرية — اطلعت على المقالة التى كتبها حضرة الزميل الفاضل الدكتور عبد المجيد افندى رمزى فى جريدة الاهرام وفيها يرد على صاحب السعادة الدكتور ظفيل باشا ويخالفه فى الرأى بخصوص جعل مستشفى الحياة بحلوان لعلاج السل الرئوى بواسطة اشعة الشمس

وانى اخالف حضرة الدكتور عبد المجيد افندى رمزى فى نقطتين

اولهما — انه بحث فى هذا الموضوع الطبى الهام على صفحات الجرائد ولم ينشر مقالته على صفحات المجلة الطبية

ثانيهما — انه لم يستند على بحث او احصائيات اى ثقة فى الموضوع حتى ولم يذكر لنا احصائياته الشخصية التى تبرهن على ان العلاج بواسطة اشعة الشمس غير مجد فى مرض السل

وها انا اعرب المقالة الآتية عن المجلة العلاجية عدد مايو سنة ٢٤ حتى يطلع عليها حضرته واذا كان عنده ما يخالف هذا الرأى وهذه الاحصائيات فليتفضل بنشره فى المجلة الطبية اتماما للفائدة نكون له من الشاكرين

ذكر الدكتور Turnbull فى المجلة الطبية الاطلانطيقية عدد ديسمبر سنة

٢٣ ان مصح مدينة Cresson للسل يقع على قمة جبال الجنى حيث تكون أحوال الطقس شديدة الحرارة فى الصيف وشديدة البرودة فى الشتاء كما فى أى جهة من بنسلفانيا

وفى سنة ١٩ خصص عدد ٢٥٠ سرير لعلاج الاطفال من سن السادسة الى سن السادسة عشر وهؤلاء الاطفال مصابون بالسل الرئوى أو بالدرن باشكاله الاخرى و١٠ ./. منهم عندهم ميكروب الدرن فى البصاق واغلب هؤلاء المرضى اخذوا من منازلهم حيث كانوا معرضين لحالات السل الاخرى وبنيتهم ضعيفة واجسامهم غير ممتلئة ودرجة الحرارة عندهم غير منتظمة وفى كثير منهم وجد ان الغدد اللمفاوية متضخمة ولم تقبل بالمصح حالات الدرن الجراحية مالم تكن مضاعفة بالسل الرئوى

وفى سنة ١٣ الى ربيع سنة ١٩ كان هؤلاء الاطفال يعالجون بالطرق العادية وكانوا يمضون اغلب اوقاتهم فى الهواء الطلق بقدر الامكان وكانوا يرسلون الى مدارس مكشوفة عندما كانت حالتهم الصحية تسمح بالذهاب للمدرسة ولكن لم يوجه اى التفات الى تعريض اجسامهم للشمس

وفى سنة ٩١٩ تقرر ان تجرب فوائد التعريض للشمس فقسمنا المرضى الى قسمين

القسم الأول يشمل أولئك المصابين بالدرن الجراحى المضاعف بالسل الرئوى ثم أولئك الذين لا تسمح حالتهم الصحية بالذهاب الى مدرسة او الى الملاعب .

والقسم الثانى وهو الاكثر عدداً يشمل أولئك الذين كانوا يذهبون الى المدرسة والى الملعب

فالقسم الاول كان يعالج بطريقة Rollier وتحت ملاحظة الممرضة فكان الاطفال يعرضون بعض اجسامهم لحرارة الشمس وكان سطح الجزء المعرض يزاد بالتدريج وكذلك مدة تعريضه ففى البدء كانت تعرض الاقدام والسيقان

لغاية الركبة مدة خمس دقائق أوعشرين دقيقة مع أخذ الاحتياط لعدم حصول حروق باشعة الشمس

وبعد انقضاء الاسبوع الثالث صار من الممكن تعـريض الجسم باكمله للشمس واتخذ مقدار ثلاث ساعات يوميا اقصى زمن للتعريض وهذا الزمن يقسم الى مدتين كل مدة ساعة ونصف

واذا كنا وجدنا نتيجة العلاج بهذه الطريقة غيرتامة Perfeet الا انها كانت مشجعة جداً لدرجة اننا لم نفكر مطلقاً فى تركها واستعمال سواها وعلى عكس ما كنا ننتظر لم تحدث نتائج سيئه بالمرة حتى فى حالات البصاق الايجابية وفى عدد قليل جداً من الحالات ظهر ألم فى الرأس وارتفاع قليل فى درجة الحرارة والآم فى العضلات وفى اغلب هذه الحالات امكن التغلب على هذه الاعراض بلبس برنيطة من الخوص

والنتائج الحسنة ظهـرت فى زوال السعال بسرعة وزوال الام المفاصل وشفاء النواسير وامتلاء العضلات النحيفة حتى فى الحالات التى لا تقوم بعمل تمرينات رياضية وصار الاطفال اسعد حالا وتحسنت شهيتهم للاكل وازداد وزنهم بسرعة اكثر من زيادته وهم بعالجون فى الفراش بالطرق الأخرى

والقسم الثانى وهو الاكثر عدداً رأينا انه من غير المناسب ان نقيـد حركات الاطفال العادية او نمنعهم عن المدرسة حتى يتيسر علاجهم بالطريقة المتقدمة ولذلك عدلنا الطريقة المتقدمة كالاتى

البس الاولاد ملابس الاستحمام القطنية الخفيفة وكذلك البنـات ولم يلبسوا نعالا او جوربات او ملابس اخرى خلاف ذلك وكانت هذه الملابس تستعمل على الدوام فى المدرسة وفى الملعب

ولما كان من المستحسن عدم البت التام بين السبب والنتيجة كان من رأى القائمين بعلاج هؤلاء الاطفال فى مدة العشر سـنوات الماضية ان الاطفال لم تتحسن حالتهم ابدا مثل هذا التحسين الذى ظهر بعد العلاج باشعة الشمس

ومن المؤكد انهم لم يكونوا قط اسعد حالا ممـا هم عليه الآن اذ ظهرت عليهم علامات الصحة التامة بهذا الشكل وفى زمن العلاج باشعة الشمس لم يصب احدهم بنوبات الزكام الاعتيادية مع العلم بانهم كانوا يلبسون ملابسهم الخفيفة المذكورة فى زمن المطر وفى اشعة الشمس

وازداد لمعـان عيونهم وزادت قوتهم الجسمية وتحسنت شهيتهم للاكل وطال زمن نومهم نوما عميقا وشعروا بتحسين زائد اكثر من الأول

ومن السهل جداً ان يتحمس الانسان فى وصف كل طريقة جديدة لعلاج الدرن ومع الاحتياطات المنتظمة فطبيعة المرض آيلة الى التحسن ولذا ينسب المريض والمعالج هذه النتيجة الى طريقة العلاج الجديدة

ولـكن ما رسخ فى ذهن الاطباء الذين عالجـوا حالات كثيرة بالدرن وشعروا بخيبة الامل مراراً كثيرة فى علاجهم من التاثيرات اصح كثيرا من احصائيات المتحمسين

وفى مصح كريسون كان من حسن حظهم ان هيئة الاطباء لم تتغـير من ابتداء وجود المصح ومن منذ خمس سنوات كان من راى هؤلاء الاطباء الغير متحمسين ولا متأثرين بمؤثرات اخرى ان مدة شـتاء واحدة توازى مدة صيفين فى علاج الدرن ولـكن باستعمال العلاج باشعـة الشمس مدة خمسة فصول صيفية تغير هذا الاعتقاد عندهم وصاروا يخافون الآن جدا من فصل الشتاء بأيامه المظلمة

نتيجة هذا الاعتقاد عند اى انسان يعرف مقدار تجربة الممرضة والطبيب الخاليين من المؤثرات واللذين عالجا ١٥٠٠ حالة فى المصح هذه النتيجة هى اصوب بكثير واحسن من احصائيات المتحمسين ؟

تفاعل شيك (Schick)

للدكتور نجيب قناوى

قد سنحت لى الفرص بمقابلة الاستاذ (Schick) الشهير فى مستشفى الاطفال بجامعة فينا بعد أن حضر من أميركا لتمضية أجازته الصيفية فاستقبلنى أحسن استقبال ووجدته مثالا للذكاء والنشاط وعلو الهمة وعذوبة النفس وحب الاستطلاع والاستكشاف . ولما أنشأنا نتحدث عن تفاعله الشهير ذكرت له أنى قمت ببعض التجارب فى العام الماضى فى مدينة الاسكندرية فاظهر لى ارتياحا عظيما وزودنى بمعلومات قيمة وملحوظات فنية ونصائح ثمينة جعلتنى أشعر براحة من عناء بحث عن ضالة كنت أنشدها وأتعلق بأثارها فرأيت من واجبى أن أبعث بملخص ما علمته من الاستاذ الى مجلتنا الطبية ليطلع عليه الزملاء خصوصاً أننا قادمون على عهد يتطلب مضاعفة المجهود فى البحث والتنقيب ذلك العهد الذى سنرى فيه خلق وقاية لكل داء وفشل التطبيب بالدواء . وها هو الملخص أنشره فيما يلى

(١) يستحسن لاظهار نتيجة عملية مرضية للوقاية من الدفتريا بعد الحقن بالمصل الواقى (T. A) فى بلد لم يسبق لها من قبل عمل طريقة شيك يبدأ بالحقن فى قسم محدود من أقسام المدينة على شرط أن يكون عدد المحقونين من الاطفال تحت المراقبة الفعلية التامة ثم يعمل بعد ذلك مقارنة نسبية بين عدد اصابات الدفتريا التى ستظهر فى هذا القسم وبينها فى الاقسام الأخرى ليظهر لك الفرق فى عدد الاصابات ولا يصح أن يبدأ بعمل واسع النطاق دفعة واحدة خوفا من عدم امكان المقارنة فتضيع الفائدة ولا يقتنع الناس بتفاعل شيك أما اذا ظهرت فائدة ذلك التفاعل فتجد الاهالى يقبلون باولادهم متطوعين لحقنهم بلا خوف ولا وجل لانه لا يوجد قانون يجبرهم على ذلك

(٢) أن هذه الطريقة شائعة الاستعمال كثيراً فى أميركا ويلى أميركا

بلجيكا ثم انكلترا وهى لم تنتشر الانتشار الكافى فى باقى بلاد العالم ويكون الاستاذ مسروراً لو جربت فى مصر

(٣) يمكن الحصول على المادة السامة التى تستعمل لاظهار التفاعل (schick Test) من أميركا فى أنابيب شعرية خاصة تشبه أنابيب مادة تطعيم الجدرى وهى تخفف قبل حقنها بمحلول الطعام الفسيولوجى (١) وقد يمكن الحصول عليها أيضاً من المعامل الكيماوية الشهيرة مثل Park Davis-B.welcome وحيث أن قوة المادة السامة لا تأتى بنسبة واحدة فمنها ما هو قوى ومنها ما هو ضعيف فيجب لكى يكون عملنا صحيحاً أن نعلم الاساس الذى نبنى عليه طريقة التخفيف : —

أولا — يجب أن نعرف أقل مقدار مميت للخنزير الهندى الذى يزن ٢٥٠ جراماً (٢)

ثانياً — المقدار الذى يحقن من هذا السم يساوى $\frac{1}{50}$ من هذه الجرعة المميتة للخنزير الهندى وحيث أن السم لا يحقن كما هو بل مخففاً فى محلول ملح الطعام الفسيولوجى وحيث أن مقدار ما يحقن للشخص الواحد من هذا المحلول المخفف هو ٢و٠ من السنتيمتر المكعب فيجب حينئذ لاظهار التفاعل أن يكون فى هذا القدر من الحقنة ما يساوى $\frac{1}{50}$ من الجرعة المميتة للخنزير الهندى

(٤) قلت ان مقدار كل حقنة من المحلول المخفف يساوى ٢و٠ من السنتى المكعب وهذا يقدر بارتفاع سطح الجلد وقت ادخال المحلول فيه بقدر دائرة صغيرة باهتة اللون لا تزيد مساحتها عن حبة الحمصة المصرية الصغيرة تقريباً وهذه الطريقة تسهل على الطبيب عمله اذ يمكنه أن يحقن جملة أطفال مرة واحدة بدون أن يكلف نفسه مؤونة التعب فى قراءة المقدار على الحقنة فى كل دفعة (٣)

(٥) يستحسن فى ابتداء العمل أن تعمل الحقنه الضابطة Cantrol Test على شرط أن يكون ذلك بأبرة خلاف الابرة الاولى وذلك لتمييز التفاعل الحقيقى

---

(١) سبق شرحنا ذلك فى رسالة خاصة

(٢) هذا تجده مكتوباً على الانبوبة

(٣) قد اجريت هذه الطريقة مع الدكتور Kesovich طبيب قسم الامراض المعفنة للاطفال

من التفاعل الكاذب ثم يمكن فى المستقبل الاستغناء عنها والاكتفاء بعمل حقنة الاختبار (schick Test)

(٦) اذا ظهر تفاعل شيك الايجابى يجب عمل ثلاث حقنات على دفعات متوالية من المصل السام والمضاد للسم (Tox. Ant. tox) وذلك لايجاد الحصانة المؤكدة لان بعضهم يكتفى بعمل حقنتين وهذا ليس فيه الكفاية وهو لا يعلم تماماً المدة التى تنتهى عندها هذه المناعة ويعتقد أنها ربما تكون دائمية لانه لم يظهر الى الآن تفاعل شيك الايجابى على الاطفال الذين سبق عملت لهم هده الحقن الواقية

(٦) يجب أن يقوم الطبيب بنفسه لعمل هذه التجارب ولا يترك أمرها لغيره خوفا من الوقوع فى خطأ تقدير النتائج

(٧) اذا عملت الحقنة حسب الأصول الواجب اتباعها وذلك بأن تكون سطحية تحت بشرة الجلد مباشرة وأن تكون الكمية المحقونة كما هو معلوم بالضبط ثم اذا لم يظهر تفاعل ايجابى بعد ذلك فهو يضمن أن هذا الجسم فيه الكفاية من الاجسام المضارة (Autibodies) التى تمنع حدوث الاصابة

أما اذا حصل عكس ذلك بأن أصيب الطفل بالمرض بعد تفاعل شيك السلبى فهو يؤكد أن الحقنة لم تعمل حسب الأصول السابق شرحها وعلى ذلك هو غير مسؤول عن هذه النتيجة

(٨) هنا سألته عن حوادث زيادة التأثير (Anaphylaxis) والخوف الذى يصادفنا عند حقن الاطفال الذين سبق حقنهم بالمصل فقال انه لا داعى للخوف مطلقاً بل يجب الحقن عند الاشتباه لانه لم يصادف أى حادث من هذا القبيل فى عمله الواسع وهو لا يعتقد كثيراً فى ذلك خصوصاً وأن له ضلعاً عظيما هو والاستاذ (Pirquet) فى تفسير هذا الحادث — هذا ملخص ما دار بيننا من الحديث حول مرض الدفتريا وسأنشر فى مقال آخر شيئاً عن تغذية الاطفال على طريقة (Pirquet)

مطهرات البول

عن الدكتور (H. H. Young. G. urol. 1924 X, 19)

للدكتور محمد شرف

عدوى البول مسألة كبيرة وليست بسيطة . فى عدوى مجرى البول السفلى قد تتجدد العدوى ثانياً من البروستاته أو الحويصلات المنوية أو من القناة ناقلة المنى أو البربخ أو من الاسنان واللوز والجيوب والقولون . واذا كانت الآفة موضعيـة وجب الالتفات أيضاً الى ملحقات مجرى البول مثل الـكليتين والبروستاتة والحويصلات المنوية والبربخ قبل انتظار طهارة دائمة

عند اختيار دواء مطهر للبول ينبغى الالتفات الى قوته فى قتل الميكروبات والى توكسينيته (سموميته) والى التهيج الحاصل من تعاطيه . وتجسده فى المصل والبول وسوايل الجسم الاخرى وقدرته على النفـاذ فى الانسجة . الادوية المستعملة لتطهير البول تختلف كثيراً من هذه الوجهة . فالميروكسيل (Meroxyl) أقوى المطهرات على قتل باشاس القولون منه على قتل الاستافيلوكوك والثانى المركيروفين (Mercurophen) فانه أقوى مطهر فى المصل ضد الاستافيلوكوك ثم يأتى بعدهما المركيروكروم (Mercurochrome) . الميروكسيل أشد المطهرات ضد الجونوكوك ويأتى بعده المركيروكروم ويرى الاسـتاذ (Young) ان الميروكسيل أنفع المطهرات الجـديدة وأحسنها نتيجة فى علاج السيلان فهو لا يحدث تهييجاً اذا استعمل بقوة مناسبة وتدل الخبرة على أن جميع انواع الحقن فى مجرى البول أو غسله يجب أن تكون مخففة .

أما نيترات الفضة فلا تزال حافظة لمقامها بسبب ما يعقبها من رد فعل ظاهر واحتقان والنتائج الباهرة سببها هذا الاحتقان لا قوتها المطهرة وبما أنها لا تنفذ في الانسجة فأهميتها مقصورة علي المس بها موضعياً

نفاذ المطهرات فى الانسجة مهم للغاية وحيث أن الميروكسيل وهو المطهر البائس فى قتل الميكروبات لا ينفذ فى الانسجة نفاذ المركيروكروم فهو أقل فائدة وأضعف أثراً من الأخير

لا يكتفى الاستاذ يونج فى عدوى مجرى البول السفلى بعلاج المثانة وحدها بل دائماً يعالج البروستاته والحويصلتين المنويتين وطريقته تتلخص فى تدليك البروستات والحويصلتين ثلاث مرات فى الاسبوع ثم غسل المثانة بالضغط المائى بمحلول ١/٢٠٠٠ ميروكسيل وبعد تفريغ هذا يحقن ١ ٪ مركيروكروم فى المجرى البروستاتى وفى بعض الاحوال يحقن المركيروكروم فى قنوات قذف المنى بمساعدة منظار ويقول أن المركيروكروم مفيد جداً اذا حقن فى الوريد لا لانه مطهر بولى فقط بل لانه مفيد فى أنواع العدوى وقد عالج حالة شخصها التهاباً فى حوض الحالب مسببا عن باشلس القولون فطهرها بحقنة واحدة فى لوريد مقدارها ٤٠ سنتيمتر مكعب من محلول ١ ٪ مركيروكروم (أى ٥ مليجرام لكل كيلو من وزن المريض)

محضر الجلسة العلمية العشرين

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

للدكتور عبد الواحد الوكيل

عقدت الجلسة الساعة الثامنة الاربع من مساء الخميس ١٠ يوليو سنة ١٩٢٤ بقاعة جلسات المستشفى الأميرى تحت رئاسة صاحب العزة الدكتور ظريف بك عبد الله رئيس الجمعية وحضور عدد كبير من الأعضاء

فقام حضرة الزميل (الدكتور على افندى عطيه نجم) بالقاء محاضرته عن

(وقاية الفرد والمجموع من الأمراض الزهرية) المذكورة فى غير هذا المكان وبعد تلاوتها دارت المناقشات فى موضوعها .

فشكر الدكتور قدرى المحاضر على محاضرته النفيسة وأشار الى بعض نقط أراد وضوحها . فذكر ان الفكرة السائدة فى اوربا الان والتى يلوح انها على صواب هى عدم الاعتماد على الكشف على البغايا كأداة لمقاومة الامراض الزهرية . وانما يعتمد على تسهيل العلاج من تلك الأمراض بانشاء العيادات للعلاج الواقى والاجهاضى . وقد ذكر المحاضر انه وجد مقابل كل مومس رسمية مريضة سبعون مومسا خافية مريضات . ولا شك انه لا فائدة من علاج الواحدة وترك السبعين . ففى انكلترا اتبعوا ذلك وكذلك فى بلجيكا

ثم أبدى حضرته ان المحاضر ذكر ان فى انكلترا قد بلغت اصابات الزهرى ١/١٠ من السكان . ولكن ذلك ليس الحال فى المدن الكبيرة حيث انه قرأ ان ١/٤ سكان مدينة لندن مصابون بذلك الداء . و ١/١٠ هى النسبة العمومية لتلك المملكة .

وكذلك أشار الى ان الثلاث عيادات التى قررها مجلس الصحة الاستشارى ليست كافية مطلقا . وانه قد وجد فى فرنسا ان ٣٠٠ عيادة كافية فبعمل النسبة لعدد السكان يظهر انه لابد لمصر من ١٠٠ عيادة من هذا النوع

فأجابه المحاضر بانه لم يذكر فحص المومسات الا كواحدة من ادوات المقاومة — خصوصاً وانه لم تنشأ بعد تلك العيادات كما انه استكثر نسبة اصابة ١/٤ سكان لندن وذكر ان الثلاث عيادات المشار اليها تستحق الشكر على كل حال لانها أول الغيث

وأشار الدكتور الرافعى الى ماذكره المحاضر من أن العفة لاتتعارض مع الصحة فأبدى ان سن البلوغ هو حوالى ١٥ سنة وان سن الزواج فى الوقت الحالى حوالى ٢٥ و٣٠ فهل من السهل ان يحفظ شاب نفسه لمدة عشرة أو خمسة عشرة سنة بدون جماع .

واكد الدكتور حامد صعوبة ذلك مشيراً الى ان الخصيتين من اعضاء الجسم التى يجب اداء وظيفتها عند البلوغ . فالعفة معناها محاربة الطبيعة

فأجابهما المحاضر بان لجنة طبية عظيمة فى انكلترا سنة ١٩١٩ درست ذلك الموضوع درسا مستفيضا وقررت ان صون النفس وردع الشهوة لا يتعارضان مع الصحة . وعلى كل فان مجرد ذكر هذه الحقيقة قد يؤثر على بعض الاشخاص الذين يظنون من واجبهم الجماع لحفظ صحتهم كما هو الاعتقاد السائد . وأيضاً فان هناك حلا آخر هو ان كل من لا يستطيع العفة يضطر للزواج . فذكر هذه الحقيقة هو أحد وسائل مقاومة الامراض الزهرية .

ثم قام الدكتور هريدى ولفت النظر الى صعوبة تعليم الطلبة الصغار فى المدارس الابتدائية الوقاية من الامراض الزهرية وانه ربما كان ذلك غير لائق

فأجابه المحاضر انه يقصد بتعليمهم من الصغر غرس عادات النظافة فيهم كما ذكر فى محاضرته فانهم لا يعلمون الا بقدر عقولهم وبحسب آدابهم الواجبة فاطفال القسم الابتدائى يعلمـون ضرورة نظافة اجسامهم وخصوصا أعضاءهم التناسلية . وضرورة الابتعاد عن تقبيل الناس لهم مثلا وماشابه ذلك وكلما كبر سنهم زاد تفهيمهم

وذكر الدكتور هريدى ايضاً ان الاستاذ (ليفاديتى) اسـتعمل بعض التجارب فصادفت نجاحا تاما للوقاية من الزهرى . وهى اعطاء حبتين من مركب زرنيخى يدعى ستوفارسول (stovarsol) ليتناولها كل شخص عرض نفسه للعدوى .

كما اشار الدكتور رياض اسكندر الى ان أحد معارفه من المدمنين على الزنا ذكر له أنه لم يصب ولا مرة فى مدة عشر سنوات بسبب انه كان يستعمل غسل اعضائه التناسلية وغمرها بالـكؤول بعـد كل اتصال . وأشار الى ان الجيش الانكليزى كان يوزع عليا فيها اقراص من البرمنجنات على الجنود لوقاية انفسهم .

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة وربع مساء م؟

مصلحة الصحة العمومية

نشرات ادارية

لسنة ١٩٢٤

رقم ٨٨ تعيين — عين المذكورون بعد بوظائف أطباء من الدرجة السادسة تحت الاختبار براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة لكل منهم اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٤ : —

الدكتور راغب افندى صليب وألحق بعموم المصلحة

والدكتور محمد افندى محفوظ فكرى وألحق بمستشفى اسكندرية بوظيفة طبيب مقيم

والدكتور نسيم افندى بشاره وألحق بالقسم الثانى بوظيفة طبيب بدل

وعين المذكورون بعد تحت الاختبار بوظائف أطباء من الدرجة السادسة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة لكل منهم وألحقوا بعموم المصلحة اعتباراً من التواريخ المبينة أمام أسمائهم وهم حضرات : —

الدكتور السيد افنـدى ابراهيم جاد والدكتور احمد افندى مصطفى العروسى والدكتور زكى افندى حنا اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٤

والدكتور احمد افندى حسن خضر اعتباراً من ٢ يوليو سنة ١٩٢٤

والدكتور لبيب افندى غالى تاوضروس اعتباراً من ٣ يوليو سنة ١٩٢٤

وعين كل من الدكتور ميخائيل افندى مينا شنوده المصرى والدكتور فهمى افندى مسعد بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتباراً من ٢٧ يوليو سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة لكل منهما وألحقا بقسم الاوبئة

رقم ٨٩ تنقلات — قد تقررت التنقلات الآتية اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٤ : —

الاسم	الوظيفة المنقول منها	الوظيفة المنقول اليها	دائرة الاختصاص
صاحب العزة الدكتور محمد بك أنور	تفتيش صحة القاهرة	كبير مفتشى صحة الاقسام (ومقره الرئيسى طنطا)	مديريات الغربية والمنوفية والبحيرة ودمياط ويقوم بأعمال المفتش العام أثناء غيابه بأجازة
صاحب العزة الدكتور محمود بك زكى	مفتش مستشفيات الانكلستوما	مفتش صحة قسم (ومقره الرئيسى الزقازيق)	مديريات الجيزة والقليوبية والشرقية والدقهلية ومحافظة القنال
صاحب العزة الدكتور احمد بك عبد الرءوف	مفتش قسم الاقاليم القبلية	مفتس صحة قسم (ومقره الرئيسى المنيا)	مديريات أسيوط والمنيا وبنى سويف والفيوم
صاحب العزة الدكتور محمد بك على دويدار	مفتش قسم الاقاليم البحرية	مفتش صحة قسم (ومقره الرئيسى قنا)	مديريات جرجا وقنا وأسوان
حضرة الدكتور سليم افندى شنوده	مفتش بقسم الاوبئة	تفتيش صحة القاهرة	

رقم ٩١ رفت — بناء على الاستقالة المقدمة من الموظفين المذكورين بعد تقرر رفتهما من خدمة المصلحة اعتباراً من التاريخ المبين أمام كل منهما

حضرة الدكتور نجيب افندى اسكندر البكتريولوجى بمعامل الصحة العمومية اعتباراً من ١٤ ابريل سنة ١٩٢٤

وحضرة الدكتور سعد الدين افندى احمد الضبع الطبيب المؤقت بقسم الاوبئة اعتباراً من ١٥ ابريل سنة ١٩٢٤

رقم ٩٢ ايفاد بعثة خارج القطر — ١ — تنوى المصلحة ايفاد بعثة عملية خارج القطر مكونة من ثمانيـة أطباء ينتخبون من بين الاطباء التابعين لها بقصد تخصيص واحد منهم فى علم تحضير المصل ويتلقى دروسه بمعهد باستور بفرنسا أما السبعة الباقون فيرسلون الى انجلترا ليتخصص أثنان منهم فى علم البكترلوجيا وواحد فى علم الطفيليات وثلاثة فى علم الصحة العمومية مع التمرين فى بعض فروع أخرى كأمراض المنـاطق الحارة والاطفال ومقاومة السل والامراض التناسلية وواحد فى علم الباثولوجيا الرمدية

٢ — لذلك يتعين على من يرغب فى الالتحاق بهذه البعثـة من أطباء المصلحـة أن يقدم طلباً بذلك فى ظرف خمسة عشر يوماً من تاريخ نشر هذا الاعلان وعليه أن يذكر فى الطلب جميع المؤهلات والشهادات الدراسية والدرجات الحاصل عليها التى تؤهله للالتحاق بهذه البعثة بالفرع الذى يعينه فى طلبه والاسـباب التى من أجلها يرغب فى التخصص فى ذلك الفرع وعلى العموم عليه أن يبين جميع الاسباب التى تساعد على تكوين رأى بشأن انتخابه

٣ — يلاحظ أنه يجب أن لا يزيد سن راغب الالتحاق بهذه الارسالية عن ثلاثين سنة فى أكتوبر المقبل

٤ — يجب على حضرات رؤساء الفروع أن يبادروا بتبليغ هذا الاعلان الى جميع الموظفين التابعين لهم وأن يتخذوا الاجراءات اللازمة لتبليغه أيضاً لمن كان منهم متغيباً عن أعماله باجازة أو غير ذلك م؟

رقم ٩٣ تعيين — عين الدكتور محمد افندى كامل خليفه تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيهاً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول أغسطس سنة ١٩٢٤ والحق بعموم المصلحة

وعين الدكتور محمود افندى عبد العظيم بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتباراً من ٥ أغسطس سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الأوبئة

رقم ٩٤ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات أطباء المستشفيات الرمدية المذكورين بعد اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٤ وهم . —

الاسم	الجهة المنقول منها	الجهة المنقول اليها
الدكتور امين افندى مجلى . . .	طبيب اول مستشفى الرمد رقم ٢	طبيب اول مستشفى الرمد بالجيزة
« عبد اللطيف افندى احمد	« « « « ٣	« فرع الرمد بالسويس
« محمود افندى خيرت . .	« فرع الرمد بالسويس	« مستشفى الرمد رقم ٢
« نصيف افندى سيدهم	طبيب ثانى مستشفى الرمد باسيوط	« « « « ٣
« زكريا افندى متى	« « « بالفيوم	طبيب ثانى « « بأسيوط
« احمد افندى فهمى عباسى	القومسيون الطبى العام (عضو رمدى)	« « « بالجيزة
« كامل افندى عويضه	طبيب ثانى مستشفى الرمد بالزقازيق	القومسيون الطبى العام (عضو رمدى)
« احمد افندى خليل عبد الخالق	عموم المصلحة بقسم الرمد	طبيب ثانى مستشفى الرمد ببنها
« صالح افندى على ابراهيم	طبيب ثانى مستشفى الرمد ببنها	« « « بالزقازيق

٩٧ تعيين — عين الدكتور احمد افندى منير اسحق تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتباراً من أول أغسطس سنة ١٩٢٤ وألحق بعموم المصلحة .

وعين الدكتور حسين افندى على مرتضى بصفة تملية بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها براتب قدره ٢٠٤ جنيهات فى السنة اعتباراً من أول أغسطس سنة ١٩٢٤ وألحق بعموم المصلحة

وعين الدكتور رياض افندى فانوس تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة الخامسة الفنية براتب قدره ٦٠٠ جنيه فى السنة اعتبارا من ٥ أغسطس سنة ١٩٢٤ وألحق بالقومسيون الطبى العام

عين المذكورون بعد تحت الاختبار بوظائف أطباء من الدرجة السادسة براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة لكل منهم وألحقوا بعموم المصلحة :

الدكتور محمد افندى صبرى الفار اعتبارا من ٦ أغسطس سنة ١٩٢٤

والدكتور محمد افندى توفيق راغب والدكتور محمد افندى على اعتبارا من ٩ أغسطس سنة ١٩٢٤

وعين الدكتور ابراهيم افندى على رمضان بوظيفة طبيب امتياز بعقد لمدة سنة اعتبارا من ٢٣ يوليو سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة وألحق بمستشفى قصر العينى

وعين الدكتور حبيب افندى يعقوب تاوضروس بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبارا من ١٢ أغسطس سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الاوبئة

٩٨ نقل — تقرر نقل الدكتور احمد افندى محمد النجدى طبيب صحة حلوان والدكتور احمد افندى زكى طبيب مكتب الكشف على العاهرات المصريات بالقاهرة كل منهما مكان الآخر اعتبارا من أول سبتمبر سنة ١٩٢٤

٩٩ تعيين — بناء على القرار الصادر من حضرة صاحب الدولة وزير الداخلية (بالنيابة) فى ١٩ أغسطس سنة ١٩٢٤ قد عين حضرة صاحب العزة الدكتور احمد بك فهمى الرشيد وكيل المدير العام للادارة الطبية اعتبارا من ٦ ديسمبر سنة ١٩٢٣ براتبه ودرجته الحاليين

---

١٠٣ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتبارا من أول أكتوبر سنة ١٩٢٤

الاسم	الوظيفة المنقول منها	الوظيفة المنقول اليها
صاحب العزة الدكتور عبد العزيز بك محمد الغمرى	مفتش بقسم الاوبئة	مفتش صحة مديرية المنوفية
« « محمود بك كامل احمد .	« صحة مديرية المنوفية	مفتش بقسم الأوبئة
الدكور فريد افندى ايبلا	طبيب صحة الرمل	طبيب أول صحة ميناء اسكندرية
« بشاره افندى رزق	« بعموم المصلحة	« صحة الرمل

بيان الخطأ والصواب

الذى وقع فى موضوع نقص الكفاءة الكبدية

الوارد بالعدد السادس من المجلة لسنة ١٩٢٤

صحيفة	سطر	خطأ	صواب
٣٥٥	١	عضو فيه نصيب	عضو يصاب فيه
٣٥٦	٩	الدورية	الدودية
٣٥٧	٢٠	ان المرض	ان سير المرض
٣٥٨	٥	ومعنى هذه الاعراض الثلاث جفاف	وتفسر هذه الاعراض الثلاث بسبب جفاف
٣٥٨	٢٣	كنتيجة	فى سير
٣٥٩	٢	وتنقضى	وتنقص
٣٥٩	١٩	وعدم تكون	وعدم تلون
٣٥٩	٢٠	rnls	Brulé
٣٦٠	١٩	بالجرارية	بالحرارية
٣٦٠	٢١	أو بشبه	ويشبه
٣٦١	٨	كوهى	كؤلى
٣٦٣	١٢	أزوت الأجين	أزوت الامين
٣٦٤	٢٢	يختصر	ينحصر
٣٦٤	٢٤	السحاق	السماق
٣٦٥	١٠	الروائى ورق أ كبر شماذ	الرقأى ورق البرشماذ
٣٦٦	١٦	تأ كيد	تأ كسد
٣٦٦	٢٢	Urobilins gene	Urobilino géne
٣٦٧	٦	Ohau ffard	Chauffard
٣٦٧	٦	Firine	Zizine
٣٦٨	١	أجزاء	أخيراً
٣٦٨	٣	العدنين	لدرنين

صحيفة	سطر	خطأ	صواب
٣٦٨	١٢	التيبون	الببتون
٣٦٨	١٤	كالديسمونه	كالألبيموز
٣٦٨	٢٦	بوجود	بكورة
٣٦٩	١	الخميرية	الحميده
٣٦٩	١٥و١٦	عملها Hyhype hépaticp proteolytiqne حيث فى هذا الـكل يحصل تـكدرات وظائف اذابة المواد الاولية والزلالية	عملها Hyperhépatique حيث فى هذا الشكل يحصل تـكدرات وظائف اذابة المواد الاولية والزلالية Proteolytique
٣٧٠	١٢	Potihagie	Polyphagie
٣٧٠	١٣	Poly Pdi paie	Polydépsie
٣٧١	٥	البنية	لبنيه
٣٧١	٢١	التى تنشأ	كانت ناشئة
٣٧١	٢٢	ما أجراه منه وهل بحث البول	ما أجرى فى بحث البول
٣٧٢	٢	Hybropigéne	Hydropigéne
٣٧٢	١٨	بدوار	بدوال
٣٧٤	٢	الليتية	اللبنية
٣٧٤	١٣	تومان	بونان
٣٧٤	٢١	Du bo	Duba
٣٧٥	٩	Lee damany	Le dam any

الدكتور السركى

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

SYNERGIE NOUVELLE

RÉGULATRICE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE ET DE SES CONSÉQUENCES

عدم تكافؤ الاوردة ونتائجها



PROVEINASE MIDY

COMPRIMÉS

حبات بروڤيناس ميدى

---

2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

المقدار من ٢ — ٦ حبات فى اليوم

دواعى الاستعمال

ارتخاء جدران الاوردة — الدوالى — الجروح الوريدية — البواسير — التهاب الأوردة — أوزيما وريدية — تصلب الأوردة — الحالات الاحتقانية المتنوعة — احتقان الكبد — احتقان البروتستاتا — احتقان الرحم والمبيض — الضعف — الاضطرابات الناشئة من سن اليأس والمراهقة

الوكيل العام بالقطر المصرى

المسيو فكتور ماتيه بالاسكندرية

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغه العربيه فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largeement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquen que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page .	20	15
1/3 de page .	12	10
1/4 de page .	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic-Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الاول　　يناير ١٩٢٥　　السنة الثامنة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

« الاعلانات »
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

﴿ المراسلات ﴾

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
توسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الفهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

هيمو
جلو بين
دشيان

حديد حيوى
عناصر الدم
المؤكدة
معالجة الدم بالدم



مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من اكثر من ثلاثين الف طبيب يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل ملعقة كبيرة تحتوى على غرامين ونصف من الهيموجلوبين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين فى اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان — فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع السلطان فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتيريه روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : ذات الرئه — الانفلونزا — التهاب اللوزتين — والتيفويد — والروماتيزم وتسمم الدم — والتهاب الامعاء — والتهاب البروتون والمسن والتهاب المبيضين ـ والتهاب السحايا ـ والتدرن ـ والحمى المتقطعة ـ (الملاريا)

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل و بدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد — بين العضلات — أو بين الاوردة من ١ لغاية ٦ سنتيمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الاول — يناير سنة ١٩٢٥ — السنة الثامنة

دوالى الاوعية اللمفاوية للحبل المنوى

للدكتور على بك ابراهيم

أول من كتب عنها الدكتور مادن فى لانست يناير سنة ١٩١٢ ووصف الحالة فى كتابه الجراحة فى مصر وصفاً كافياً دقيقاً وخلاصة شرحه أن الاوعية اللمفاوية تتمدد ممتلئة بسائل ليمفاوى وتحيط بأوعية الحبل المنوى وتصحبها حتى داخل البطن . وقال ان الحالة اكلينيكيا لا تختلف مطلقاً عن العلامات الخاصة بالدوالى الوريدية ويصح استئصالها بين رباطين كالعملية المعتادة التى تعمل للدوالى المذكورة وعلق فى النتيجة أنها عرضة للنكسة أو الرجوع اذا كان هذا التمدد ناشئاً عن اعاقة فى الدورة اللمفاوية داخل الحوض وأما السبب الاصلى للمرض فقرر جنابه أنه يرجع للفلاريا وان لم يمكنه اثبات العلاقة بين الاثنين . هذا هو ملخص شرح الدكتور مادن واما انا فأرى أن الحالة تستحق درسا أكمل واتم واهتماما خاصا من الوجهة العملية الاكلينيكة

نبتدىء بالوصف الاكلينيكى فأقول ان منظرها بالعين العادية عبارة عن أشكال ديدانية شفافة ذات سطح لؤلؤى لماع ممتلئة بسائل لبنى ولا تحيط فقط بالحبل المنوى بل تتخلل أوعيته وهى صعبة الانضغاط ولا يمكن تفريغها بسهولة لا بالضغط باليد ولا بالاستلقاء على الظهر لزمن قصير وبعض هذه

الاوعية يتمدد ويصل لاتساع عظيم جدا حتى يصل فى بعض الحالات لحجم الامعاء الدقاق وفى العادة وعاء واحد هو الذى يتسع على حساب الاوعيـة الاخرى وهى تتمدد داخل القناة الاوربية الى ما بعد الفتحة الباطنة ولـكنها تنتهى فجأة عند منعطف القناة الناقلة ولا تتمدد لا فى الحوض ولا فى اتجاه الوريد الـكلوى وتـكون فى أغلب الاحيان مصحوبة بالدوالى الوريدية المعتادة

واذا أزمنت وكبرت فى الحجم فأنها تمدد القناة الاوربية وتوسع فتحاتها

وبملاحظة ما تقدم يمكننى أن أقرر لحضراتكم أن العلامات الا كلينيكية لها تختلف عن العلامات الا كلينيكية للدوالى الوريدية .

(١) أنها عادة تـكون أ كبر منها حجماً .

(٢) دوالى الاوردة سهلة الزوال بالضغط أما هذه فتقاوم الضغط ولا تزول

(٣) أن المريض عندما يستلقى على ظهره تزول دوالى الاوردة حالا ولـكن هذه تبقى زمنا طويلا جداً

(٤) لا يصحبها دوالى فى أوردة جلد الصفن الذى يصحب عادة كل الدوالى الوريدية الـكبرى

(٥) لا يصحبها ضمور الخصية أو التأثير على الباه الذى يحصل فى الحالات الوريدية — وفى الاحوال التى تصل فيها لحجم كبير فأنها تتشابه كثيراً مع الفتق الاوربى وأنا فعلا كان عندى حالة شخصتها فتق أوربى وعند العملية ظهر أنها دوالى الاوعية اللمفاوية

الان بعد ما عرفنا اختلاف العلامات الا كلينيكية وبعـد الملاحظة التى كتبها الدكتور مادن عن امكان رجوعها بعـد عمل العملية المعتادة للدوالى الوريدية يلزم أن نفكر فى أن طريقة العلاج تختلف أيضاً وأن العملية العادية لا تـكفى . وبعمل عملية شفائية يلزم فتح القناة الاوربية وربط هذه الاوعية عند انتهائها أى كما ذكرت لحضراتكم عند منعطف الحبل المنوى داخل الحوض ثم ربطها اقرب ما يكون للخصية ونـكمل العملية كعملية باسينى للفتق الاوربى

درن الجهاز البولى التناسلى

منشؤه وعلاجه

محاضرة القاها فى الجلسه العلمية الثالثة والعشرين
للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

الدكتور احمد قدرى

طبيب مستشفى الامراض الزهرية بصحة بلدية اسكندرية

اذا لفظت كلمة التدرن يتبادر الى الذهن فى غالب الاحيان أن الأصابة انما هى التدرن الرئوى وأن بقية الاعضاء فيما اذا ظهرت عليها اعراض هذا المرض فانها مسببة بالواسطة أى أنها ناشئة عن عدوى ثانوية أى من الرئة المصابة أولا غير انى أقول كثيراً ما يحدث أن جهاز التناسل البولى يصاب بالتدرن بدون أن يظهر على أى عضو من أعضاء الجسم علامة من علائم التدرن واننا اذا وقفنا فى بحثنا هذا وتتبعنا مشاهدات الاخصائيين نرى أن الجهاز التناسلى البولى كثيرا ما يصاب بالتدرن بدون أن ترى اعراض درنية أخرى فى عضو آخر فيكون والحالة هذه هو الجزء المصاب وقد يجوز أن يكون باسيلوس كوخ كامنا فى عضو من الاعضاء بدون أن تظهر لنا اعراض المرض فى ذلك العضو انما تستلفت نظرنا الاصابة الظاهرة التى تبرز الى ميدان عملنا اعراضاً فى الجهاز البولى فقط .

وقد نشاهد أيضا فى بعض الاحيان ان المريض المصاب بالتدرن فى الجهاز التناسلى البولى يكون مصابا أيضاً بالتدرن الرئوى أو خلافه انما هذه الاصابة تكون خفيفة لدرجة عدم استلفات النظر وتكون اعراض الجهاز التناسلى البولى أشد وطأة وهى التى تظهر أمامنا بمظهر الاصابة التى يجب الاعتناء بها ،

فذكر ما تقدم لا يمنع كون التدرن فى الجهاز التناسلى البولى قد يكون من مضاعفات التدرن الرئوى حيث يكون المرض شديد الوطأة فتصبح اصابة الجهاز البولى ثانوية بالنسبة للاصابة الأصلية .

ان المجاورة التشريحية التى تربط جهاز التناسل بالجهاز البولى ارتباطا يكاد يجعلهما واحداً عند الذكور جعلتنا نرى الاصابات التدرنية مشتركة بينهما فى اكثر من نصف الحوادث . فنرى مثلا أن الاصابة تكون فى الكلية وغدة البروستاته او الكلية والخصية وقد يصعب معرفة العضو المصاب اولا انما يكاد ان يكون فى حكم المقرر ان الكلية التى هى عبارة عن ممر السموم والجراثيم التى يقذفها الدم اليها لتقذفها بدورها الى الخارج هى التى تصاب فى غالب الاحيان فى ابتداء الامر وان النظرية القديمة القائلة بامتداد التدرن من المثانة الى الكلية بطريقة الحالب نظرية لم تؤيدها التجارب . حقن بعضهم باسيلوس كوخ فى المثانة فلم يحدث تدرن فى الكلية وقد شاهد برونجرسما اصابة تدرنية فى المثانة مدة اثنتى عشرة سنةولم تنتقل الى الكلية وقد أيد مثل هذه المشاهدة كثير من الاخصائيين وثبت لديهم ان اصابة المثانة هذه ثانوية بالنسبة لاصابة اولى فى البروستاته التى قد تكون فى بعض الاحيان مبدأ التدرن البولى .

اراد الباران وويلبولز Wilbolz وغيرهما ان يؤيدوا نظرية انتقال العدوى بالطريق الصاعد اى بطريق الحالب فحقنوا زرع باسيلوس كوخ بالحالب وعندها اصيبت الكلية انما خالفهم معظم العلماء بقولهم ان الحالة الفيسيولوجية بالجسم لا تتفق مع حقن الجراثيم بهذا الشكل وان فوهة الحالب فى الحالة الطبيعية تكون مستورة بالألتواء المكون من بطانة المثانة المخاطية كما ان قوة دفع البول الطبيعية من الاعلى الى الاسفل تمنع وصول العامل المرضى من المثانة الى الكلية بالطريق الصاعد . اما حصول انتقال الانتان infection العادي

بالطريق الصاعد من المثانة الى الـكلية فله ظروف خاصة كتوسع المثانة اولا ثم امتداد هذا التوسع الى الحالب بسبب ضغط البول المجتمع ضمن جدرانه حيث يتكون عمود من البول يوصل المثانة بالـكلية فيكون ذلك واسطة لانتقال العدوى . كما ان باسيلوس كوخ يكاد لا يكون له حركة ذاتية فان مجرى الافرازات يقذفه فى مسيره الطبيعى

وقد يحدث بصورة نادرة والنادر لا قياس عليه أن تصاب الـكلية اليمنى مثلا فتتسرب العـدوى الى المثانة فتتكون القرحات التدرنية فيها وتتصل بفوهة الحالب الايسر فتزيل الالتواء الـكائن على فوهته و بقوة ضغط عضلات المثانة المتألمة تقذف البول المحتوى على جراثيم التدرن فينزل قسم من البول فى المجرى الطبيعى والقسم الآخر يقذف الى الحالب ومنه تصل العـدوى الى الـكلية .

أن تسرب العدوى الى الـكلية بواسطة الدم كما ذكرنا أمر متفق عليه وقد أيدته التجارب وانى اذكر منها تجارب الباران فانه ربط حالب أحدى الـكليتين ليقلل من مناعتها الذاتية بواسطة الضغط على انسجتها واوعيتها ثم حقن قليلا من المادة القيحية التدرنية تحت الجلد فأصيبت هذه الـكلية بالتدرن فما تقدم يفهم أنه اذا حصل خلل فى المناعة الذاتية لأحدى الـكليتين لسبب ما ، تصبح معرضة لقبول العدوى بالطريق الدموى . كما أن طريق العدوى بواسطة الاقنية الليمفاوية مقول فيه أنه نادر . كذلك باسيلوس كوخ يصل فى بعض الاحيان الى غدة البروستاته والحويصلة المنوية والخصية بطريق الدم . ولما كانت حالة هذه الأعضاء الفيسيولوجية تختلف عن حالة الـكلية من حيث أنهـا واسطة لاخراج السموم والجراثيم من الدم فانها تـكون بطبيعة الحال اكثر استعداداً لأصابتها بالداء وهذه الاعضاء تأخذ العدوى بطريق البول على الغالب فتتصل العدوى الى البروستاته ومنها تنتقل الى الحويصلة المنوية والخصية وقد أجريت عدة تجارب لأثبات ما ذكر — حقن Palladino - Blendini بأحليل الـكلب

زرع باسيلوس كوخ وبعد عدة ساعات وجدت هذه الجراثيم على طول القناة الناقلة للمنى حتى البربخ والخصية واثبتت التجارب العـديدة أنه اذا كانت هذه الاعضاء بحالتها الطبيعية ولم يحدث ما يقلل مناعتها فان هذه الجـراثيم تموت بعد عدة ساعات ولا يبقى لها أثر اما اذا كانت محتقنة مثلا لسبب من الاسباب فتقل مناعتها وعندها تظهر فيها أعراض المرض . واذا أردت أن اجمل القـول بعبارة موجزة اقول بأن الـكلية بيت الداء فى حالة التـدرن بالجهاز التناسلى البولى ومنها يتسرب المرض الى بقية الجهـاز المنوه عنه فى اكثر الاحيان .

يكثر التدرن البولى ما بين الثالثة عشرة والثلاثين ويندر حصوله فى الأطفال والشيوخ كما انه اكثر شيوعاً عند النساء من الرجال ويشاهد فى جهة واحدة من الجسم فى احيان كثيرة وهذا ما ساعد ويساعد الجراحين على استئصال العضو المصاب مكتفين ببقاء العضو السليم الذى يأخذ على عاتقه ايفاء وظيفة العضو الزائل

وحيث أنه ثبت لدنيا أن الـكلية هى على الغالب أساس التدرن فى الجهاز البولى فما هى أحسن الوسائل لمعالجتهـا به . ان ازالة هذا المرض باعطاء أنواع العلاج وبتقوية الجسم ليتغلب على المرض أمر لا يمكن الاعتماد عليه لانه لا يحقق الشفاء الثابت ولم يذكر أحد أنه شاهد تدرناً فى الـكلية وانتهى بندبات ليفية التى تكون عادة مظهراً من مظاهر الشفاء . وان مايشاهده البعض من التحسن فى الاعراض السريرية التى تظهر لهم كأن المصاب قد شفى ليست الا نتيجة تسدد الحالب أو تحول الـكلية الى كيس تدرنى فتزول وظيفتها وتكف عن افراز البول وارساله الى المثانة فى حين ان البول الذى يتسرب الى المثانة يكون من افراز الـكلية الثانية السليمة وعليه فان الاعراض المرضية تزول فى الظاهر ومثل هذه الحوادث نادر الوقوع

وقد نرى فى مشاهداتنا ان مصابا عولج باستعمال الادوية فتحسنت حالته وازداد وزنه بعد ان يكون ثبت لدينا اصابة كليته بالتدرن وما ذلك الا حالة

من حالات المرض حيث يكون سيره بطيئاً فيظنه البعض شفاء ولاجل اثبات ذلك اجريت عدة تجارب . فكان يؤخذ البول من كل كلية على حدة وكانت تظهر دائما آثار الداء فى افرازات الكلية المصابة ولم يستطع احد ان يثبت الشفاء بعد فحص بول كل كلية على حدة .

كما انه لايمكننا الجزم عن حالة الكلية من فحص البول وكميته ونسبة كمية المادة القيحية فيه لانه قد يحدث ان اصابة فى البدء تتخذ جيباً فى الكلية وتكون صغيرة من حيث الحجم ثم تنفجر فيعقب ذلك ظهور كمية وافرة من المادة القيحية فى البول توهم الطبيب ان الاصابة واسعة النطاق مع انها تكون جزئية . كما أننا قد نشاهد أحيانا ان المادة القيحية فى البول قليلة فنظن ان الاصابة جزئية وهى فى حقيقة الأمر عظيمة كأن تصيب معظم الكلية فتسبب قلة افراز البول والقيح وتكون هذه الحالة من الحالات المتقدمة ولم يرشدنا لمعرفتها فحص البول بسبب قلة المادة القيحية به . ثم انه قد يحصل أحيانا ان تكون الاصابة صغيرة لكنها تسبب التهابا كلويا يعقبه قلة البول فيظن ان العامل الأساسى لقلة البول هو تخريب نسيج الكلية فى حين تكون الحقيقة خلاف ذلك . بناء على ماتقدم ذكره يصعب علينا ان نجزم فيما اذا كان التدرن الكلوى هو فى ابتدائه او انه متقدم . لذلك يستحيل الاعتماد على المعالجة الدوائية بالتدرن الكلوى فالعلاج الوحيد المتبع الآن هو استئصال الكلية المصابة عند ما يمكن ذلك غير ان ماحدث مؤخراً من التجارب العلمية والتوسع ببحث التلقيح جعل لنا ممراً جديداً قد ندخل منه الى ميدان العمل لمعالجة التدرن فى الجهاز التناسلى البولى وعليه فانى اسرد الآن بعض التحريات التى يمكن ان نستنير بنورها فأقول :

ان العلاج بواسطة المصل وحقنه فى داخل الجسم والنتائج الباهرة التى أنتجها أوجد آمالا واسعة فى عالم الطب على أمل أن يتسع نطاق فائدته فساد الاعتقاد بأن المناعة immunité لاتكون موجودة الا بوجود الأجسام المضادة

anticorps لـكنه يمكننا القول الآن بأن هذه الفكرة أخذت تتضاءل لأنه ليس لـكل مصل فعل ثابت كفعل مصل الدفتيريا اذ لو كان لـكل مصل نفس التأثير ضد الجراثيم التى اختص بها كتأثير مصل الدفتيريا لوجب أن نرى نفس الفائدة لـكل مصل ولـكن حيث أن كثيراً من الجراثيم لا تؤثر فيها الأجسام المضادة الموجودة بالمصل الخاص بها كالستافيلوكوكس والستر بتيكوكس الخ . تحددت الفوائد المنتظرة من الاجسام المضادة فتحولت الافكار الى المعالجة بواسطة التلقيح Vaccinasion عوضاً عن المصل وتعمم استعمال هذه الطريقة فى معالجة كثير من الامراض وعلى الاخص فى انكلترا وأمريكا وقد نسب معظم الاطباء فائدة التلقيح الى أكثاره الاجسام المضادة . فيكون واقياً اذا أوجد الاجسام المضادة فى جسم خال منها فيمنع حصول العدوى ويكون شافياً اذا لقح فى جسم مريض لأنه يزيد كمية الاجسام المضادة فيه . وقد عاكس كثيرون فى صحة هذه النظرية وقام بسردكا Besredka يقاوم هذه الفكرة بكل قوته فقال بأمكان وجود المناعة بدون وجود الاجسام المضادة وعزز نظريته بالتجربة الآتية من حيث قال : من المعلوم أن التلقيح بلقاح الجمرة يحصل تأثيره فى الحيوانات الـكبيرة ويظن أنه لا تأثير له فى الخنزير الهندى cobbaye ويعلل ذلك بأن لهذا الحيوان مناعة طبيعية يستثنى الجلد منها فعند حقن جراثيم المرض الى البريتون بدون أن يمس الجلد لا تنتقل العدوى اليه أما اذا مس الجلد فى حالة ادخال الجراثيم الى البريتون أو أدخلت هذه الجراثيم عمداً الى الجلد تنتقل العدوى الى هذا الحيوان . كما أنه اذا لقح بريتونه بلقاح الجمرة لا تحصل المناعة بدليل أنه يصاب بمرض الجمرة عند ادخال جراثيمها الى الجلد، ولـكنه عندما لقح الجلد لايجاد المناعة لم يعد بالامكان قبوله العدوى. فقال بوجود مناعة موضعية بدون أن يكون للاجسام المضادة دخل فيها . ثم زاد فى تجاربه وقال أنه عند تلقيح الغنم ضد الجمرة لم تحصل المناعة من الـكمية

المحقونة تحت الجلد بل من تسرب بعض أجزاء الحقنة اليه وعليه فقد حقن فى الجلد فقط ربع مقدار اللقاح المقرر لحصول المناعة فحصل التأثير المطلوب ويقول بأن فائدة التلقيح بالستافيلوكوكس مثلا لا شك فيها فى حين أنه يصعب وجود الاجسام المضادة فى هذه الحالة ويزيد على ذلك قائلا أن ادخال كمية قليلة من العامل المرضى الى الجسم بواسطة التلقيح لا تعد شيئاً يذكر بالنسبة لكثرة العامل المرضى الموجود بالمصاب ولا يمكن أن يكون لها تأثير عظيم فى اكثار كمية الاجسام المضادة التى كثيراً ما يكون وجودها فرضاً ٠

وقد حقن تحت جلد خنازير هندية ستافيلوكوكس قوى فمات بعضها وأصيب البعض الآخر بغرغرينا فى الجلد أما الحيوانات التى لقحها بلقاح الستافيلوكوكس فى الجلد فانها اكتسبت منـاعة ظهرت نتائجها بأنها قاومت فعالية الستافيلوكوكس القوى عند حقنه تحت الجلد وعند ما حقن اللقاح داخل البريتون لم يكسب الحيوان أقل مناعة وهو بعض من يقول باستعمال اللقاح على الجلد المحلوق لانه مفيد وسريع التأثير ويرى بين هذه المنـاعة والمناعة الناجحة فى حالة الجمرة تجانساً وتشابهاً يستلفتان النظر . وعليـه فقد تعمم استعمال المـكمدات المبللة بزرع مصفى Culture filtrée فى كثير من امراض الستافيلوكوكس والستربتوكوكس كالحالة الدملية العموميـة furoncle والجمرة الخبيثة anthrax والفلغمونى flegmon والتهاب الجفون blepherite والالتهاب العظمى النخاعى Ostèomyélite والحمى النفاسية الخ

ثم قال ان فائدة المصل قد لا تكون مسببة عن الاجسام المضادة لوحدها لانه يعتقد بأن هذه الاجسام قليلة جداً فى المصل ضد التهاب السحايامثلا ولا يؤثر الا عند حقنه بسائل النخاع الشوكى ولهذا يظن بأن فائدته تحصل لـكون الـ antivirus يلقح الخلايا القابلة فيكسبها مناعة ضد المرض وهى التى يسميها المناعة الموضعية

وقد قام فى المانيا Yesionch بتجارب بقصد معالجة التدرن الجلدى Lupu وتحديد توسعه بحقن الجلد المجاور للآكلة (التدرن الجلدى) بالتوبركولين الخارجى البشرى Ecto tuberculin فنتج عن ذلك حالتان . الاولى رد فعل عام réaction générale فارتفعت الحرارة وشعر المصاب بتعب فى جسمه والثانية رد فعل موضعى فى الجزء المتدرن من الجلد وعقب ذلك تحسن عظيم او شفاء الجزء المصاب وذلك بدون ان يكرر الحقنة . فأتت هذه التجـارب مؤيدة فكرة الاستاذ Besredka ومن المباحث التى قد تكون من العوامل المهمة فى المعالجات بواسطة التلقيح بالتدرن ماقام به كالمت وغرن Gu erin وزملاؤهما فقد زرعوا جراثيم كوخ البقرية بوسط قلوى على التعاقب ٢٣٠ مرة حتى تغيرت مظاهر الجراثيم الفيسيلوجية والـكيماوية وأصبح هذا الزرع غير مضر لـكافة الحيوانات حتى لو حقن بكميات كبيرة داخل البريتون والوريد . ان هذا اللقاح يختلف كثيراً عن اللقاح المستحضر على قاعدة اضعـاف الجراثيم الذى كان يوصى باستعماله كثيرون أمثال ريشه وبهرنغ لأن هذا اللقاح يغش المرض بالحيوان والانسان بخلاف اللقاح الذى ذكرناه فقد حقنه كالمت وزملاؤه بمقادير معينة لحيوانات مختلفة كالبقر والقرود فأوجد بهذه الحيوانات منـاعة ظاهرة عند حقنها بجراثيم التدرن القتالة ولـكى يبرهنوا بوضوح على صحة فكرهم هذا لقحوا قرداً سليما بلقاحهم ثم استحضروا قرداً سليما غير ملقح وأدخلوا الى جسميهما جراثيم التدرن القتالة فنتج عن ذلك أن القرد الملقح لم يصب بأذى فى حين أن القرد الغير ملقح ظهرت عليه أعراض المرض بشدة وقد أثبتوا أن هذه المناعة تدوم سنتين عند البقر ولـكنهم عند ما أرادوا أن يطبقوا هذه الطريقة فى الانسان لم يفلحوا تماما . فان هذا اللقاح اذا أدخل الى جسم يحتوى على جراثيم التدرن ولو كانت كامنة يوجد فى ذلك الجسم استعداداً قوياً الى قبول المرض أو تهييج الجراثيم الـكامنة فيه كما يحدث ذلك التبركولين بنوعيه وحيث أن أجسام معظم الشعوب المتمدينة تحتوى على جراثيم التدرن بكميات

وقوات مختلفة فلا يمكن استعمال هذا اللقاح فيهم وعليه فقد تحولت أنظارهم الى استعمال هذا اللقاح فى الاطفال الرضع والزنوج الذين لم تدخل الى أجسامهم جراثيم التدرن فجربوه فى مئات من الاطفال وحصلوا على نتائج باهرة وهم يوصون بتلقيح زنوج افريقيا الذين لم ينتشر عندهم التدرن بلقاحهم ، قبل سفرهم الى البلاد التى تعمم فيها التدرن

كما أن تجارب البرت ودرمر Albert Vaudremer أوصلته الى الاعتقاد بأن التبركولين الموجود باللقاح هو الذى يحدث زيادة الاستعداد للعدوى أو زيادة فتك جراثيم التدرن كما شوهد ذلك من كثيرين عند استعمال التلقيح بلقاح التدرن · غير ان الأغشية المصلية Séreuses مستثناة من ذلك فاذا حقن اللقاح بداخل جوف يستره لا يشاهد زيادة فى استعداد الجسم لقبول أو فتك جراثيم التدرن . ويقول بلزوم شدة الاعتناء والتدقيق بخاصة التبركولين هذه وتأثيرها على الجسم فى حالة استعمال اللقاح وعليه يجب أن تكون الجراثيم التى تستعمل فى معالجة التدرن خالية من التبركولين وان لا تكون مقاومة الحموضة Acido - resistant ولقد استحضر ودرمر لقاحاً موافقاً لهذه الشروط يتحمله الحيوان والانسان وهو مستحلب يكاد لا يكون كثيفاً والجراثيم التى به ميتة بالحرارة فيحقن من نصف الى سنتيمتر واحد تحت الجلد أو ضمنه

ولقد حصل على نتائج حسنة بالتدرن الجراحى واستعان بالاستاذ Gosset لتطبيق طريقته فى اكثر من خمسة عشر حادثة . لكنه لم يصل بعد الى نتيجة حاسمة من حيث معرفة الوقت الملائم لاستعمال اللقاح وعدد الحقن الفاصلة التى يجب أن تكون بينها . وهو يرجح استعمال التلقيح الذاتى Autovaccin الموافق لشروطه السالف ذكرها

وانى اذكر حادثتين من حوادثه الخمسة : ان مريضاً مصاباً بالتهاب الخصية اليسرى الدرني سرى التدرن عنده الى غدد مثلث سكاربا والمريض يشكو من ألم عند

الحركة ويوجد على صفن الخصية المصابة ناسور قيحى فبعد حقنه باللقاح المذكور بخمسة اسابيع زالت كافة الاعراض وتم شفاء الناسور

والحادثة الاخرى : ان مريضاً كان يشكو الألم بخصيته اليسرى التى كان بربخها مؤلماً عند اللمس وجيبياً Nodulaire وفى منتصفه نقطة متجبنة وبعد حقنه باللقاح بثمانية وأربعين ساعة زال الألم وعند فحص البربخ ظهر سليما كأنه لم يصب بألم ما

قبل أن اختم كلامى استلفت نظر الزملاء الافاضل الى أن الكلية هى منشأ التدرن التناسلى البولى فى غالب الأحيان وان عملية استئصال الكلية هى الواسطة الوحيدة لازالة المرض ولكن اذا امعنا النظر فى كلما يجرى الآن من الابحاث القيمة وفى ترقى التداوى باللقاح . نقف قليلا مفكرين فى امكان الاستغناء عن عملية الاستئصال ولو فى كثير من الحوادث ان لم يكن فى كلها حيث فى قدرتنا الاتصال بالكلية عن طريق الحالب . فاذا تحقق هذا الامل يرتاح البشر من الصعوبة التى نراها عند ما نكلف المريض بوجوب ازالة عضو قد تمس الحاجة الضرورية للاستفادة منه فى مستقبل الايام فيما اذا طرأ طارئ على الكلية الاخرى

مرض أديسون

للدكتور يوسف رأفت حكيمباشى مستشفى الفيوم الاميرى

أن مرض اديسون من الامراض النادرة الانتشار حيث يجوز ألا يدخل مستشفى كبيراً مريض بذلك المرض فى خلال عشرات من السنين ولربما يعيش طبيب طول حياته فى مصر ولا يرى مثل تلك الحالة وقد حدا بى الى ذكر

ذلك المرض دخول حالة بمستشفى الفيوم الاميرى وقبل أن أصفها أقول كلمة فى أصل المرض ومنشأه الخ تذكرة للقارىء

المرض هو فى الغالب داء الشبان والكهول وينتج عن تدرن الغـدة التى فوق الـكلية مباشرة أوعن تجردها من مضاعفات بتدرن اجزاء أخرى بالجسم كتكروز العمود الفقرى أو كتدرن رئوى أو خلافه وربمـا يكون نتيجة ضمور بسيط فيهما

الاعراض — تبتدىء تدريجيا ويشعر المريض بانحطاط فى قواه الجسمانية حيث يقل مجهوده ويلهث عند المشى أو الركض أو خلافه ويشكو من ألم بالخاصرتين وبحفرة المعدة مع فقدان الشهية وميل الى القىء وربما قىء حقيقى والقلب تكون ضرباته ضعيفة وضغط الدم يكون منخفضا حيث يصل الى سبعين ملليمترا من الزئبق

ويحصل عنده أيضاً تغيير فى بشرة الجلد الذى يتخذ لون البرنز فيبتدىء أولا فى اجزاء الجسم المعرضة للشمس والجو مثل الوجه والعنق وظهر اليدين ثم ينتشر الى الاجزاء التى تكثر فيها المادة الملونة لبشرة الجلد مثـل الحفرة الابطية وجلد الصفن وحول حلمة الثدى وأحيانا ينتشر ذلك التلون فى جميع اجزاء الجسم (حسب شدة المرض) ويصحبه زيادة الضعف عامة والقلب خاصة فيذهب المريض تدريجياً فى دور النوم فالهزال فالوفاة

ان الباثولجيا لهذا المرض تتعلق بافراز الادرنالين المستخرج من الغدتين وهو الضابط لارتفـاع الضغط الدموى للجسم وبالطبع ينقطع أو يقل ذلك الافراز بمرض الغـدتين وبذلك تحصل اعراض نزول الضغط الدموى وضعف ضربات القلب الخ — وهنـاك مذهب آخر ليس بالقوى الحجة وهو أن المرض مسبب عن اندغام الشبكة الحساسة العصبية plexus Sympathique بالضمور الليفى الحاصل فى الغدتين

والآن يحسن بنا أن نذكر تلك الحالة الآنفة الذكر : —

المريض ١ — نر — ذكر فى الخمسين من عمره متزوج وله أولاد

من بنـدر الفيوم وصناعته اسكافى ضعيف البنية — تاريخ مرضه — يشكو منذ شهرين من تاريخ دخوله المستشفى (٤ سبتمبر سنة ١٩٢٤) بالم فى اطراف أصابع اليد اليمنى خصوصا الابهام والسبابة والوسطى وشعر منـذ شهر بضعف عمومى وتلون بشرة جلد الوجه واليدين والعنق والساعدين وفوق العانه والسطح الانسى للفخذين والاليتين وقد حضر خصيصا لمعالجتـه من ألم الاصابع

الحالة عند دخول المستشفى — شوهد الجلد بلون البرنز فى الاجزاء الآنف ذكرها حيث كان شاملا لجميع الوجه والعنق وظهر اليدين وظهر الساعدين ألخ وهو بحالة ضعف عمومى والقلب على حالته الطبيعية والنبض متوسط القوى ويبلغ ثمانين فى الدقيقة : الرئتان على حالتهما الطبيعية : واحشاء البطن على حالها الطبيعية والبول خال من الزلال والسكر وخال من بويضات البلهارسيا وكذلك البراز خال من بويضات الانكلستوما والبلهارسيا

علاجه — أن العلاج الذى ابتدىء به كان بالطبع الشرب الملحية والدهانات الموضعيه المسكنة لالام الاصابع والمسكنات من الباطن والادوية المقوية للجسم عموما مثل مركبات الحديد والزرنيخ الخ

وأن كمية الادرنالين التى كانت تعطى له من الباطن ابتدأت باعطائه مقدار سنتيمترين مكعبين من سائل الادرنالين (١/١٠٠٠) بارك دافيس وسنتيمتر مكعب ونصف حقنة تحت الجلد ثم زيد المقدار الباطنى الى خمسة سنتيمتر مكعب فى اليوم وزيد المقـدار بالحقن الجلدية الى ستة سنتيمتر مكعب وقد أعطى ٣٠ سنتيجرام من مركب ٩١٤ حقنـا داخل الوريد فكانت النتيجة أنـ ذهب الالم بالاصابع بعـد أسبوعين من العلاج وبتاريخ ٢ اكتوبر سنة ١٩٢٤ ابتدأ لون بشرة الجلد بظهر اليدين والساعدين والاذنين وطرف الانف يخف ويبيض خصـوصاً بظهر الاذنين وظهر اليد اليمنى والساعد الايمن حيث أعيـد لون البشرة الاصلية تماماً وقد ذهب الالم تماماً

وقويت بنيته ولوحظ أنه لاينهج ولا يتعب عند اعطائه عمل جسمانى بحديقة المستشفى وقد كان بالطبع يشعر بالتعب لأقل مجهود جسمانى وقد وقف التغيير فى لون البشرة من تاريخ ٢ أكتوبر سنة ١٩٢٤ الى تاريخ ٢٤ منه حيث لم يتقدم مطلقاً رغماً عن زيادة مقدار الادرنالين المعطى له وقد قلق المريض وخرج من المستشفى بتاريخ ٢٤ منه بعد أن مكث مدة خمسين يوماً تحت العلاج

وقد يجدر بنا أن نذكر كلمة على ما وصل اليه العلاج فى هذا المرض : —

تذكر أكثر كتب الامراض الباطنية أن العلاج عبارة عن اعطاء مقويات للقلب والجسم عموماً مثل مركبات الحديد والزرنيخ الخ ومسكن للقئ مثل مركبات البزموت واليود الخ واعطاء سائل أدرنالين ولم تحدد الكمية اللازم عطاؤها للمرض لذلك أذكر ملخصاً بسيطاً عما وصل اليه العلاج لهذا المرض

قال (مونرو) انه أعطى طعم التوبركلين بمقادير كبيرة وأتت بفائدة وقرر فردريك ونولف أن سائل الادرنالين يجب اعطاؤه بكثرة وبكمية كافية خصوصاً فى حالة انخفاض الضغط الدموى المصحوب بهبوط وهما يعطيان فى حالات الهبوط ٩½ ملليجرام فى ظرف خمس ساعات منها ٨½ ملليجرام بطريق الحقن فى الوريد واذا قدرنا ذلك المقدار بالسنتيمتر المكعب من محلول الادرنالين ($\frac{1}{1000}$) بارك دافيس فانه يعادل ١٠½ سنتيمتر مكعب ولم يحصل فى تلك الحالات أى مضاعفات للادرنالين مثل احتقان مع ارتشاح الرئتين وارتفاع شديد فى ضغط الدم وظهور السكر فى البول

ويمكن اعطاء المريض يومياً تحت الجلد من أربعة الى ستة ملليجرامات وذلك يعادل من خمسة الى سبعة سنيتمتر مكعب تقريباً من المحلول الآنف ذكره

ويجب قياس الكمية المعطاة من الادرنالين بخطورة ودرجة شدة المرض بالنسبة للضعف العمومى حيث أنه لوحظت مضاعفات باعطاء الادرنالين بكمية غير محدودة فى وقت واحد قصير ولقد جرب فيشر فى حالة باعطائها مقدار عشرة سنتيمتر مكعب من المحلول ($\frac{1}{1000}$) (بارك دافيس) من الادرنالين

فحصلت الوفاة حالا — أما اذا أعطى على دفع صغيرة فى أوقات مختلفة فان تأثيره لا يكون خطراً ولقد أعطى كيرشهيم ملليجرام كل نصف ساعة من الادرنالين حتى وصلت الكمية منه الى ٤٨ ملليجرام ووصل المقدار كله مدة مرضه بدون تأثير خطر ٤٠٠ ملليجرام من الادرنالين

وقد يجدر بنا أن نذكر هنا التجارب التى عملت حديثاً لعلاج مرض اديسون حيث قد جرب بيبوس استخراج الغدة التى فوق الكلية فى مريض بداء اديسون ووضعها تحت الجلد — ولكن الصعوبة هى فى ايجاد مصادر الغدد وقد وصف حالة نجحت فيها تلك العملية وهى أنه كان عنده حالة كسر بالعمود الفقرى لشاب قوى البنية حالته العمومية تقرب من الوفاة فعند ما حصلت الوفاة استخرج حالا الغدتين من الجثة وكان المريض الآخر بداء اديسون تحت تأثير البنج ومستعداً تمام الاستعداد ثم عمل شقاً تحت الجلد باسفل الثدى ووضع أجزاء من تلك الغدة بطريقة دفنها ووضع باقى أجزاء الغدتين تحت الجلد فوق عظمتى الترقوتين ويقول صاحب التجربة أن المريض كان ضعيف البنيـة وينهج ويتعب لاقل مجهود جسمانى لدرجة السير لبضع أمتار وكان التغيير للون بشرة الجلد واضحا وعموميا فى جسمه وأعراض القىء كانت شديدة وقد تحسن المريض تحسنا ظاهراً بعد العملية لدرجة أنه بعد مضى ستة أشهر من تاريخ عمل العملية ذهب أثر تلون بشرة الجلد وانقضى أثره وتجددت قواه وزادت لدرجة أنه كان يمشى كل يوم خمسة أميال بدون كلل و تعب

ومع كل فقد كانت النتيجة حسنة لمدة محدودة فقط حيث بعد سنتين من تاريخ العملية عادت اليه الاعراض واضطر لاعادة العملية التى أتت بنجاح أحسن

والنتيجة العمومية لكل هذه المباحث تنحصر فى أن العلاج لمرض اديسون لايزال تحت البحث وعندى أن الادرنالين فى هذا المرض هو بمثابة الانسولين فى علاج المرض السكرى أى أنه مخفف وعلاج وقتى مثل بعض الادوية المستعملة لبعض الامراض

العقارب بالوجه القبلى

واحصائيات عنها (١)

لما كانت العقارب منتشرة بالوجة القبلى انتشاراً يستلفت النظر رأيت أن أنتهز فرصة وجودى طبيباً لمركز قنا فاطرق باب البحث فى معالجة مشكلة هذه الحشرة التى كثيراً ما تسبب وفيات فى هذه الجهات

(أنواعها)

من الأنواع العديدة التى تسكن هذا القطر نخص بالذكر ثلاثاً وهى الاكثر انتشاراً

(١) Bathus Quinque striatus وهو يسكن الوجهين القبلى والبحرى خصوصاً الأول

(٢) Prionorus citrinus ويكثر انتشاره فى الصحراء الغربيـة من القاهرة وبالقرب من الاسكندرية

(٣) Buthus maurus وهوالنوع الأسود ويقتصر وجوده على مريوط وغرب الاسكندرية وصقاره والجنوب الغربى من القاهرة

والنوع الأول هو الذى نصادفه عادة فى مركز قنا وفى الصعيد على العموم وهو ذو لون أصفر داكن ويمتاز بكبر زبانه وبقطع ذنبه الاسطوانيـة وقد لاحظت أنه يوجد بكثرة فى البلدان العالية (الـكفرية) القديمة التى تكثر فيها الأقذار والأسباخ وليس فى البلاد التى بالقرب من الجبل كما نتصور — هذا وتوجد مناطق مخصوصة مشهورة بوجود هذه الحشرة فيها بكثرة كجرجا وقنا وادفو والمنشاة وقوص وغيرها ويحتوى ذبان النوع الاول على مادة سامة اكثر بكثير من النوعين الاخرين

---

(١) سنذكر فى العدد القادم طريقة تحضيرمصلحة الصحة لمصل سم العقرب التى اوقفت منذ سنة ٩٠٩ أما المصل الذى تستعمله المصلحة الآن فيرد من محل ليستر بلندرة (التحرير)

(وصف عقدة الزبان التشريحى)

تحتوى عقدة الذبان وهى عضو الحشرة المدافع على غدتين احداها بجانب الاخرى ويكسو السطحين الداخلى والظاهرى (Medial and dorsal) من كل منهما شريحتان من الالياف العضلية هذا وحوائط هاتين الغدتين الداخلية تتكون من طبقة من الخلايا البشرية المخاطية تفرز المادة السامة التى يحقن بها العقرب فريسته بواسطة ريشة رفيعة جداً ذات قناة داخلية ويساعد على خروج هذه المادة انكماش الشرائح العضلية السابقة الذكر

أوصاف المادة السامة الكيماوية

أما أوصاف المادة السامة التى داخل هاتين الغدتين فهى سائل صافى لزج ذو تفاعل حمضى خفيف وثقل نوعى مرتفع ويحتوى على كمية من المواد الصلبة أغلبها من الاملاح الغير عضوية تتراوح ما بين ٢٠ ٪ ، ٢٨ ٪ ويتكون معظم المواد العضوية التى فيه من (بروتيدات) Protieds تتجمد بالحرارة Coagulable والعنصر الفعال Active principle فى هذه المادة السامة قابل للذوبان فى الجليسرين وفى محلول الملح وغير قابل للذوبان فى الماء أو الكحول وهو لا يتأثر بالتجفيف ويقاوم التعفن اذا كان مذابا ويتحمل الغليان لدرجة ١٠٠ لمدة تقرب من الخمسة عشر دقيقة ويزول مفعوله اذا امتزج بالكحول وترك لمدة طويلة

طريقة تحضير المادة السامة

يسهل جداً الحصول على محتويات العقدة الزبانية بضغطها بواسطة جفت تشريح بحيث يكون الضغط خفيفاً والا تسبب افراز مادة عكرة نتيجة تهشيم الخلايا الداخلية

طريقة تحضير الخلاصة السامة

تؤخذ ثلاثون عقدة زبانية وتهرس مع مقدار ٣٠ سم من محلول الملح

الطبيعى ٦و٠ ./. تضاف على خمس دفعات ثم تروق هذه الخلاصة العكرة بواسطة التركيز (Centrifuging) مع ملاحظة أن يسكب السائل بعد كل دفعة (Decanted) ثم تكمل المادة الشفافة الناتجة بعد ذلك لمقدار ٣٠ سم مكعب

وقد وجد أن واحد « سم » من هذا المحلول يكفى لقتل أرنب زنته ٦٧٠ جرام فى مدة خمسة وعشرين دقيقة

« الجرعة المميتة »

لو اطلقنا على المادة المرسبة بالكحول من خلاصة غدد العقرب المذكورة اسم التوكسين (Toxin) ثم حقنا أرنبا به لوجدنا أنه يكفى لكل كيلو جرام من الارانب ١ر. من المليجرام لقتله

وبما أن الزبان الذى يزن ٣٩ مليجراما يحتوى على مادة من التوكسين بقدر ٨و٧ ./. من وزنه أى ٤و٣ مليجرام

هذا ومع فرض أن كمية التوكسين التى تفرزها العقرب عند اللدغ هى نصف محتويات غدتيها أى ٧و١ مليجرام يمكننا أن نقول أن هذه الكمية كافية لقتل وزن ١٧ كيلو من الارانب

واذا فرضنا أن تأثير التوكسين فى جسم الانسان كتأثيره فى الارنب لكانت الكمية التى تفرزها العقرب عند كل لدغة تكفى لقتل أنسان وزنه ١٧ كيلو وهو ما يطابق الواقع فى بلادنا حيث يرى من الاحصائيـة المبين رسمها الجرافيكى أن أكبر وفية هى سن ٨ سنوات واما الذين يزيد عمرهم عن ذلك فهم فى حكم القليل

« الاعراض كما تشاهد فى الحيوان »

اذا أخذنا الارنب مثلا نلاحظ أن الاعراض التى تصيبه عند حقنه بجرعة مميتة من التوكسين (عمليا) هى كالاتى بالترتيب التى تظهر فيه

(١) تهيج موضعي

(٢) انكماشات عضليـة متكررة (Muscular twitchiug) قاصرة على الرأس والرقبة تقريباً

(٣) تحركات نطية (Jumping movements)

(٤) افراز دمعى

(٥) افراز لبنى الشكل من العينين . افراز من الانف . . افراز لعابى

(٦) تشنجات عضلية فى الجسم خصوصا فى الجزء الخلفى (Hind limbs) يمكث لمدة طويلة

(٧) انتصاب الشعر خصوصا فى الجزء الامامى من البطن والوجه

(٨) انتصاب القضيب وافراز مادة منوية

(٩) خروج مواد برازية من الشرج (غالبا لا يوجد)

(١٠) شلل ظاهرى . ويرى الحيوان نائما على أحد جنبيه وعضـلات البطن منكمشة والتنفس عميقا والزفير طويلا

(١١) ثم يقف التنفس ويعقبه وقوف فى ضربات القلب تدريجياً

(١٢) أما الحرارة فيحتمل أن ترتفع ثم تهبط قبل حصول الوفاة

هذا ويلاحظ ظهور التيبس الرمى فى الحيوان بسرعة لا تتجاوز عشر دقائق بعد الوفاة

المفـعول الفسيولوجى للتوكسين

(١) تشنجات عضلية نتيجة تأثير العنصر الفعال من المادة السامة على العضلات مباشرة (Direct Peripheral action)

(٢) افرازات غددية نتيجة تأثير العنصر الفعال

(٣) شلل عام نتيجة هبوط فى حساسية العضلات (بانواعها) عقب تعب Fatigue أحدثه تأثير المادة السامة فى العضلات

سبب الوفاة

وعلى الاعتبارات السابقة يمكن أن نفسر سبب الوفاة بالآتى — تتسبب الوفاة

من نتيجة عجز فى عملية التنفس لوصول عضلات الجهاز التنفسى الى درجة من الانهماك لا يمكنها معها اجابة المنبه الطبيعى Natural Stimulus

الاعراض كما تظهر فى الانسان

(١) ألم شديد (Buruing pain) يتشعب من نقطة اللدغة

(٣) افراز لعابى شديد من الفم

(٤) قئ

(٥) خلط (Hallucination) واضطراب مخى وتشنجات فى بعض الاحيان

(٦) نبض رفيع وضعيف ويبلغ ١٥٠ فى الدقيقة

(٧) تنفس سطحى وسريع

وتستمر هذه الاعراض من ثلاث الى ثمانى ساعات يعرق المريض فى نهايتها عرقا شديدا وبعدها تأخذ هذه الاعراض فى الزوال تدريجياً بحيث يرجع المريض لحالته الطبيعية فى ظرف ٢٤ ساعة

أما فى الحالات السيئة فيعترى المصاب هبوط (Collapse) وبرودة شديدة فى الاطارف يؤديان فى أغلب الاحيان للموت هذا ويصف بعض المصابين الالم الذى يشعرون به فى مكان اللدغة بأنه ألم تنميل مؤلم

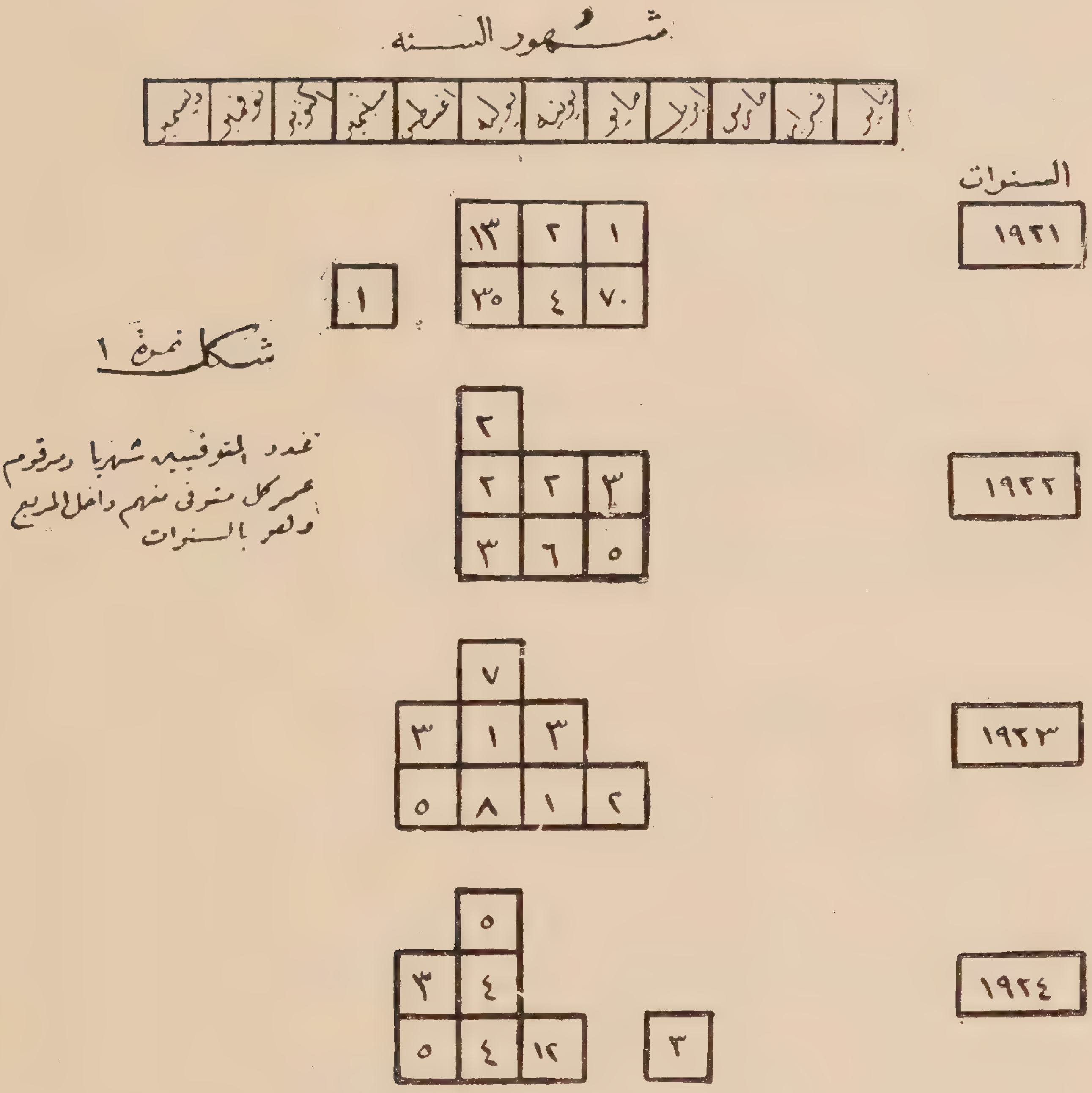
وفى أغلب الاحيان لا يلاحظ حصول علامات محلية فى مكان الاصابة ولو أنه يجوز حصول احمرار وورم بسيط

هذا وقد شاهدت فى بلد من البلاد التابعة لمركز قنا أن الوفاة قد حصلت بعد مضى ٣٦ ساعة وبعد أن زالت جميع الاعراض الاولية فى ظرف ثمانى ساعات تقريباً . وقد حصلت الوفاة فجأة ومن الغريب أن المصابة كانت تبلغ من العمر نحو العشرين سنة أى فى السن التى يندر بها حصول وفاة وقد حصل مثل ذلك ففى سنة ١٨٩٨ لدغ جندى بريطانى فى معسكر (Darmali)

تحت معالجة .Capt, Cummins R. A. M. C وتوفى ذلك الجندى بعد أربعة ايام من تاريخ اللدغة

وقد لاحظت أيضا أن التيبس الرمى سريع جدا بدرجة تستلفت النظر ولم يمكن تفسيرها بشدة الحرارة فقط

احصائيات



وبعمل احصائيات عن السنوات الاربع ١٩٢١ — ١٩٢٢ — ١٩٢٣ — ١٩٢٤ لوفيات العقارب من دفاتر متوفين بندر قنا لاحظت الاتى [١] : —

(أولا) : يبتدىء حصول وفيات نتيجة لدغ عقرب ببندر قنا من شهر مايو وينتهى فى شهر أغسطس وهذا مما يدل على أن الاربعة اشهر التى يتكون

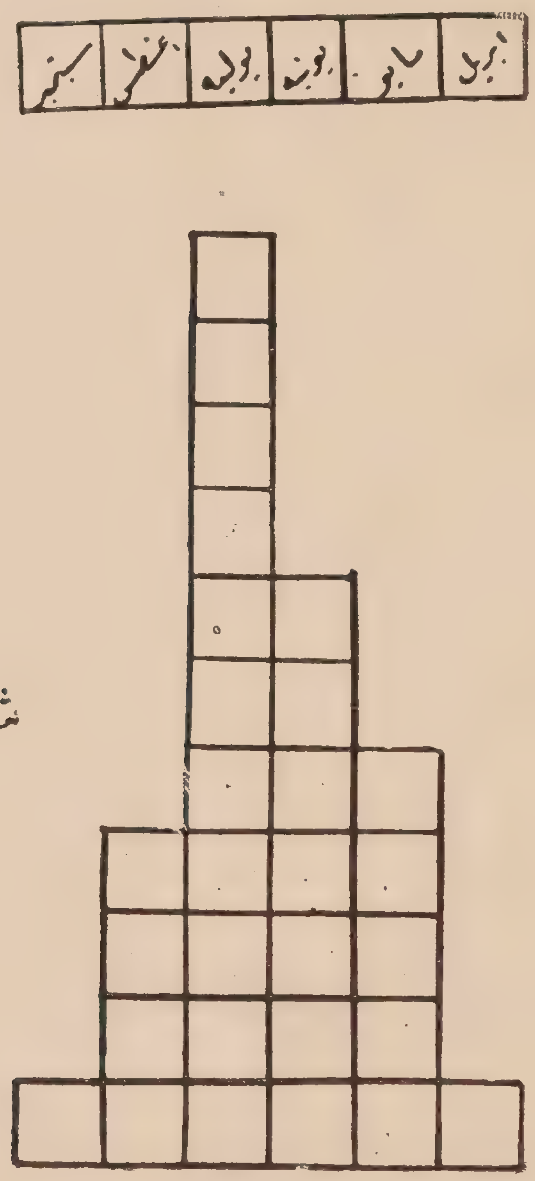
---

(١) انظر الاشكال نمرة ١ ونمرة ٢ ونمرة ٣

منها هذا الجزء من السنة هى الاشهر التى يجب أن يعد المجلس المحلى ومصلحة الصحة عدتهما لمحاربة هذه الحشرات القاتلة

(ثانياً) يبتدىء حصول هذه الوفيات تدريجيـا فى الشهرين الاولين وتنتهى تدريجيا فى الشهرين الاخيرين

(ثالثا) تكثر الوفيات فى شهر (يوليو) وهو الوقت الذى تبتدىء تملأ فيه الحياض والترع بماء النيل ويمكن تفسير ذلك اذا فرضنا أن هذه الكثرة هى نتيجة انتشار العقارب التى تهجر الحياض والترع لمطاردة المياه لها وتهجم مضطرة على المساكن (١)



شكل نمرة ٢

نسبة عدد الوفيات فى الاشهر الستة التى يكثر فيها انتشار العقارب فى السنوات الاربعة الاخيرة بمجموع المديرية

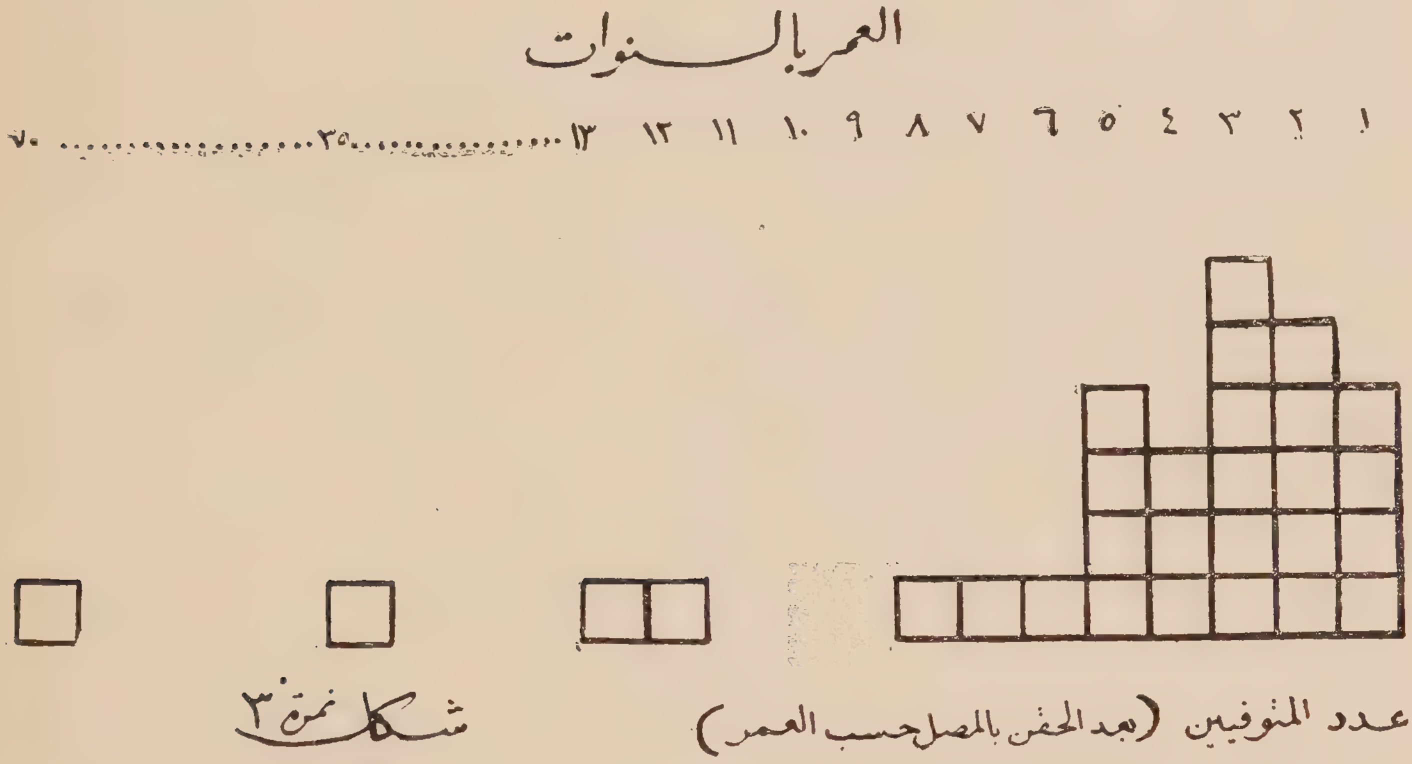
اى الاشهر تكثر وفياته

(١) انظر رسم نمرة ٢ .

(رابعاً) تكثر الوفيات فى الثمانى السنوات الاولى بشكل ظاهر وبنسبة ٨٦ ٪ تقريبا من العدد الكلى [1]

(خامساً) يحتمل جدا أن تكون الوفيات كثيرة بعد السنة الثامنة اذا فهمنا أن الحالات الموجودة فى هذه الاحصائية هى حالات تطعمت بمصل مضاد لسم العقرب وحصل لها الوفاة رغم التطعيم

(سادساً) من الجائز جدا أن يكون عدد المتوفين اكثر من الموجود فى هذه الاحصائية اذا فرضنا وجود حالات لايبلغ عنها بصفة حالات لدغ عقرب بل بصفة أمراض أخرى



شكل نمرة ٣

(سابعاً) يجوز حصول الوفاة فى أى سن فقد حصلت فى سن ١٢ سنة و ١٣ و ٣٥ و ٧٠ [2]

هذا وهناك حالات كثيرة لا يبلغ عنها وهى الحالات التى يلجأ أهل المريض فيها لمعالجته بالطرق البلدية

فاذا فرضنا أن عدد الذين يلدغون شهريا بعقارب يبلغ متوسطه ٢٥ شخص تقريباً

---

(١) نظر رسم نمرة ٣

(٢) انظر رسم نمرة ٣

وبما أن عدد سكان بندر قنا حوالى ٢٣ الف فتكون النسبة هى $1\frac{2}{3}$ ١ فى الألف

أما متوسط عدد الوفيات شهريا فهو $\frac{٢٩}{٤ \text{ سنوات} \times ٤ \text{ اشهر}} = 1\frac{13}{16}$ أى بنسبة

$= \frac{٢٩}{٣٦٨}$ فى الالف

وتكون نسبة الوفاة فى الذين يلدغون بعقـارب وبعضهم يطعم والبعض الآخر لم يطعم هى $\frac{٢٩}{١٦ \times ٢٥} \times ١٠٠ = \frac{٢٩}{٤}$ ٪ أو $7\frac{1}{4}$ ٪ ولما كان عدد أنابيب المصل التى تستهلك شهريا فى علاج المرضى بالبندر فى الاشهر من مايو لاغسطس هو ١٠ أنابيب مصل مضاد لسم العقرب تقريباً

وبما أن الوفيات التى فى هذه الاحصائية كلها مطعم ومنها علمنا أن متوسط عدد الوفيات شهريا هو $\frac{٢٩}{١٦}$ أى أن نسبة الوفيات بعـد التطعيم بالمصل هى $\frac{٢٩}{١٦} \div ١٠ \times ١٠٠ = ١٨$ ٪ تقريباً

وهى نتيجة حسنة تشير الى نجاح هذا العلاج نجاحا ظاهراً

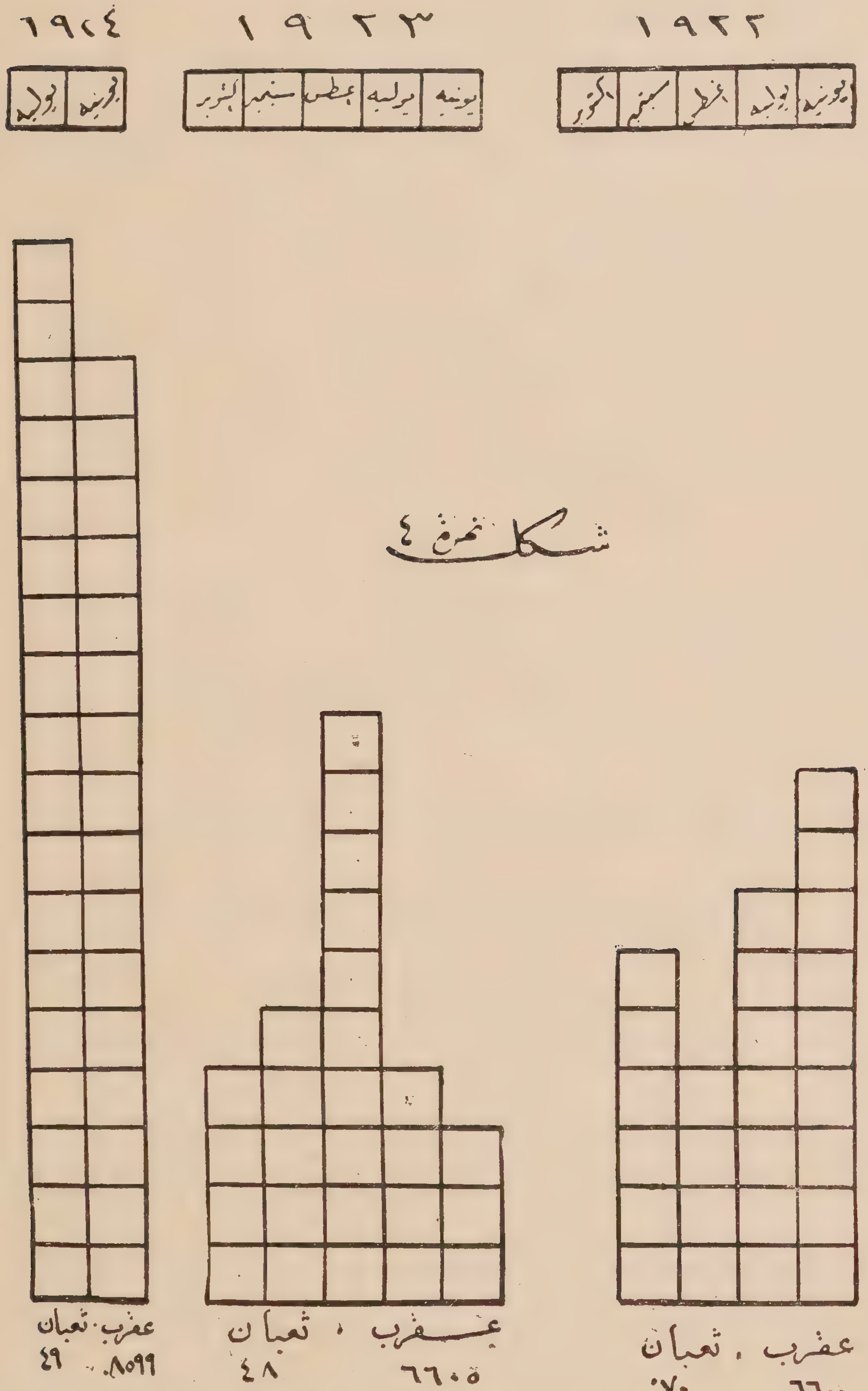
الطرق المستعملة الآن فى معالجة هذه المشكلة

أما الطرق المستعملة الآن فهى : —

(أولا) توزع مصلحة الصحة على مكاتبهـا فى الاقاليم أنابيب من المصل المضاد لسم العقرب ويقدم أطباؤها هذه الانابيب مجانا عند طلبها ويقومون بمعالجة الذين يلدغون بحقنهم بها ويوزعون بعضا من هذه الانابيب على الحلاقين فى البلاد التابعة لمراكزهم بعد تدريبهم على كيفية عملها للمرضى

(ثانياً) تشجع المجالس المحلية فى البنادر المتطوعين بان تشترى كل مايمكن جمعه بواسطتهم من هذه الحشرات السامة بسعر قرش صاغ لـكل أربع أو خمس عقارب وان نظرة واحدة لمقدار ما يجمع يوميا من هذه العقارب بواسطة شخص أو ثلاثة تدل دلالة كافية على أن المشتغلين بهذه الحرفة قد أصبحوا اختصاصيين فيها

(ثالثا) أصدرت مصلحة الصحة منشورا ووزعته على اطبائها تشير فيه عليهم بشراء كل ما يمكن جمعه من العقارب بسعر ٦ بقرش صاغ لاستعمال اذنابها لاجراء بعض التجارب فى معامل المصلحة ولقد كان ذلك يشجع الاهالى على جمعها وتقديمها لمكاتب الصحة



نسبة جمع العقارب فى السنوات الثلاثة الاخيرة وكل مربع يقوم مقام ٥٠٠ أى ان الاربعة مربعات تقدر بالف تقريبا

ملاحظات

ولو نظرنا الى الشكل ٤ لامكننا ملاحظة الآتى : —

(أولا) يبتدئ الجمع من شهر يونيه وينتهى فى شهر أكتوبر

(ثانياً) يزداد الجمع فى كل سنة عن التى قبلها خصوصا هذا العام حيث قد بلغ ما جمع فى شهرى يونيو ويوليو فقط ٨٥٦٩ عقرب وهـذا يدل على أحد أمرين اما اخفاق الطرق المتبعة الآن فى ابادة هذه الحشرة وأن انتشارها أخذ فى الزيادة بطريقة مضطردة واما كثرة تمرين الذين يقومون بعملية الجمع من الاهالى على انى أرجح الفكرة الاوفى جداً ويسهل فهم ذلك اذا قارننا الرسمين نمرة (١) ونمرة (٤) ففى الرسم نمرة ١ نرى أن عدد الوفيات فى كل من السنين الأربع يكاد يكون متعـادلا بخلاف مانلاحظه من الرسم نمرة ٤ من ازدياد الجمع ازدياداً ظاهراً

الطرق البلدية المستعملة فى العلاج

يوجد كثير من المستحضرات التى توضع على مكان اللدغة ويعتقد بها الـكثير من الاهالى ولـكن أغاب اعتقـادهم وثقتهم موضوعة فى طبقة من الدجالين يطلق عليهم اسم الحواة وهؤلاء يعالجون بقراءة (التعازيم) ويوهمون المريض بأنهم يحجزون السم فى موضعه باشارات يأتون بهـا كالاشارات التى يلجأ اليها المنومون (Hypnotizers) عادة ومن رأيى أن هذه الفئة من المشعوذين يجب أن يراقبها أطبـاء مصلحة الصحة بعين اليقظة لانها تعمل على ضياع كثيرين فريسة للموت ويمنعون عنهم كل فرصة للنجاة بدجلهم وشعوذتهم

ويستعمل الحلاقون التشريط وربط العضو الملدوغ لمنع سريان المـادة السامة وهذه الاشياء تستعمل طبياً ومن الغريب أن العادة المتبعة عند هؤلاء الحلاقين أنهم يعملون هذا التشريط فى مكان بعيد عن موضع اللدغة أعلاه أو أسفله لاعتقادهم بأن التشريط اذا عمل فى موضع اللدغة يسبب ظهور قرحة

على شكل بثرة مستديرة بحجم القرش الصاغ فى هذا الموضع وأنهم اكتسبوا هذه النظرية بالتجربة

وحباً فى الاستطلاع تبادر الى أنه ربما يكون للمادة السامة مفعول محلى (LocalReaction) يظهر بعمل هذا التشريط فأجريت عملية (Scarification) فى جلد بطن أرنب بعد ازالة الشعر منه بواسطة مبضع تطعيم ولقحت موضع التشريط بجرعة من سم العقرب استخرجتها من زبان مفصول بواسطة بطارية كهربائية بسيطة (من التى تستعمل فى التدليك) ولما لم الاحظ ظهور تأثير موضعى تأكدت أن هذه البثرات التى يعتقدون بظهورها هى نتيجة التشريط بسلاح ملوث

المناعة

توجد حيوانات كثيرة عندها مناعة ضد سم العقرب ومما لاحظته أن الضفادع اذا لدغت بعقرب فانها لا تتـأثر وقد أجريت تجربة بسيطة وهى كالآتى : —

اذا وضعنا ضفدعا فى الصفيحة التى تجمع فيها هذه العقـارب عادة أى وسط ما يزيد عن الخمسمائة عقرب لمدة من الزمن ثم اخرجناه بعد ذلك فاننا نجده لم يتأثر رغماً عن وجود جروح متعددة به نتيجة محاولة الخروج من الصفيحة . . على انى أرى أن هذه المناعية ظاهرية فقط (Apparent) وسببها مرونة جلد الضفادع وارتخائه (Looseness) بدرجة تجعل من الصعب ولوج ريشة زبان العقرب داخله

ومن الغريب أن العقرب اذا لدغ نفسه فانه يموت فى الحال ويمكن مشاهدة ذلك اذا وضعنا قليلا من غاز البترول على شكل دائرة ووضعنا داخلها عقرباً ثم أشعلنا النار بهذه الدائرة فاننا نلاحظ أن العقرب بعد محاولته اجتياز هذه الدائرة مراراً يصيب رأسه بشوكته ويموت على أثر ذلك[1]

---

(١) كذلك اذا استبدلت هذه الدائرة بدائرة من السالين فان العقرب لايمكنه اجتيازها مما جعلنى أعتقد أن هذه الحشرة لاتميل لرائحة هذا المطهر وقد لاحظت أن رشه فى المنازل مفيد جداً

وعلى ذكر المناعة نقول أنه من المؤكد أن الانسان يمكنه أن يكتسب هذه المناعة بتعريضه نفسه للحقن بجرع صغيرة تكبر تدريجياً ولقد فطن لهذه الطريقة رجل عامى فى (الاقصر) بأن جعل عقربا صغيراً يلدغه ثم آخر أكبر منه وهكذا الى أن تمكن فى الوقت الحاضر أن يستعمل ما اكتسبه من مناعة وسيلة مساعدة على الكسب فى أيام الشتاء حيث يكثر السائحون بهذه البلد فيستحضر هذ الرجل عقارب يضعها على كفه فتلدغه دون أن يتأثر ومن رأيى أن جماعة الحواة والمشعوذين يستعملون نفس الطريقة التى استعملها هذا الرجل

الطرق التى يجب اتباعها لمحاربة هذه الحشرة

تنقسم هذه الطرق الى قسمين

(١) اجراءات علاجية

(٢) اجراءات صحية (Hygienic)

ويجب أن يتخذ تنفيذ هذين القسمين معاً فى الفترة التى تكثر فيها العقارب وهى من شهر مايو لشهر أغسطس من كل سنة تقريباً

(١) أما الاجراءات العلاجية فتنحصر فيما يأتى

(أولا) يوزع على الأقاليم (المصابة) بهذه الحشرات عدد كافى من أنابيب المصل المضاد لسم العقرب من ابتداء شهر مارس

(ثانياً) توزع على بلاد المراكز وجميع القرى الموجودة بها كمية من هذه الانابيب بطريقة منظمة ويدرب حلاقوا البلاد على استعمالها ويسهل ذلك جداً حيث أن كل أنبوبة بها محقنها وابرتها معقمان

(ثالثاً) المراقبة الشديدة (للحواة) وتحرير محاضر مخالفات لتعاطى صناعة الطب لكل من يتعرض منهم لمعالجة أى مريض ملدوغ

(رابعاً) تفهيم الاهالى بأنه يجب التبليغ عن كل حالة لدغ عقرب لاتخاذ اللازم لاسعافها

(خامساً) تعليم الحلاقين الطرق الاولية لاسعاف المصابين وتحذيرهم من اجراء التشريط بأى سلاح ملوث

أما الاجراءات الصحية فتنحصر فى الآتى بالبنادر

(أولا) يجب توصيل الازقة بعضها ببعض بحيث تكون شوارع ولو ضيقة وأرى أن هذه الطريقة مفيدة جداً اذ يمكننا بواسطها أن نضمن كنس ورش هذه الازقة اذ بتوصيلها ببعضها يمكن لعربات الرش اجتيازها والمرور فيها بسهولة تامة

(ثانياً) عدم التصريح بوضع أكوام طوب أو تراب أو أسباخ أمام المنازل ومخالفة كل من لم يراع ذلك

(ثالثاً) ازالة جميع الاكواخ القذرة التى لا تزال موجوده بين المنازل الحديثة

(رابعاً) منع ايجاد حيوانات كالجاموس والجمال والدواب الاخرى داخل المنازل الا اذا عمل لها اسطبلات خاصة كاملة الاشتراطات

(خامساً) توسيع الشوارع لسهولة تنظيفها وايجاد شوارع جديدة كثيرة بقدر الامكان

الدكتور وصفى عمر
مفتش صحة مركز قنا

مشاهدة تسمم بالعقرب

وها هى مشاهدة أكلينيكية تبين أعراضاً غير اعتيادية ظهرت فى حالة تسمم بسم العقرب

المصابة تدعى زينب بنت السيد مصطفى تبلغ من العمر نحو ٨ سنوات والدها جاويش بوزارة الاشغال وسكنها قريب من سلخانة مصر . لدغها عقرب

فى ابهام قدمها الايمن يوم الاحد ٥ أغسطس سنة ١٩٢٤ ليلا ولم يتعد علاجها تشريط محل اللدغة وأصبحت المريضة يوم الاثنين بحالة غيبوبة تامة فاقدة كل حواسها وكانت تبول فى فراشها دون أن تعى لامرها واستمرت على هذه الحالة حتى مساء يوم الثلاثاء ٧ منه اذ بدأت تفيق من غيبوبتها وفى يوم الاربعاء أصبحت لا تستطيع تحريك الطرفين العلوى والسفلى من الجهة اليسرى . ولما شاهدتها لاول مرة يوم الخميس ٩ أغسطس سنة ١٩٢٤ وجدتها مصابة بشلل وجهى يسارى مع شلل فى الطرفين العلوى والسفلى من الجهة اليسرى ولم يحصل تأثير فى حدقتى العينين وكان الانعكاس الردفى والانعكاس العقبى (Ankle Klonus, knee gerk) Ak., K. J زائدين فى الجهة اليسرى فقط

وقد أخذ الشلل يزول تدريجياً فى مدة عشرين يوماً تقريباً وبعدئذ عادت المصابة لحالتها الطبيعية ومما يجدر ملاحظته فى هذه الحالة أن الشلل كان فى الجهة اليسرى للجسم مع أن اللدغة كانت فى ابهام القدم الايمن ؟

الدكتور لويس عوض

التهاب البلورا بشكل وبائى (١)

حدث وباء بهذا المرض فى كلية اتون (Eton Collegy) فى شهرى يونيه ويوليه من هذه السنة . . . ومن وجهات عديدة كان مشابها لما وصف فى مجلة اللانست عدد ١٢ يوليه سنة ١٩٢٤ وقيل أنه حدث فى فرع مستشفى

---

(١) بقلم W. Attlee M. D. B. ch. camd.) A. M. Amsler M. B B. S lon, نقلا عن عدد ٦ سبتمبر سنة ١٩٢٤ لمجلة اللانست مترجمة

بارنجتون القروى للاطفـال فى شهر مايو الماضى . . . ومن الغريب أن هذين المستوصفين لم تكن المسافة بينهما اكثر من ميل واحد الا أنه لم يكن بينهما أى علاقة اتصال

وكان عدد الحالات جميعهـا ٤٨ وكانت تأتى تحت مباشرة واحد منا الا أنه كانت توجد حالات أخرى زيادة على العدد المتقدم قد حدثت فى المدرسة فالاولى حدثت فى ١١ مايو والاخـيرة فى ١٥ يوليو وكل الحالات اولاد ذكور ما بين ١٤و١٨سنه.وكانت الحالات متفرقة بشكل غيرا نتظامى بالمدرسة الا أنه لداعى وجود ٦ حالات فى بيت واحد بينما توجد بيوت لم يحدث فيها أى أصابة فقد ظهر بوضوح أن المرض معدى

ولم يكن من السهل علينا تعيين مدة الحضانة . . . وقد حدث أننا عزلنا طفلا فى ٩ يوليه وكانت عنـده حمى والتهاب بالحلق وحينما ظهرت حبيبات كوبليك Koplik Spots فى١١ يوليه نقل الطفل الى حجرة أخرى كان بها طفلان مصابان بالتهاب البلورا الوبأئى وقد خرجا منها لمدة بضع ساعات قليـلة . مضى هذا الطفل مدة الاصابة بحالة حصبة خفيفة الا أنه فى يوم ١٧ يوليه بعد أن مضى ايام عديدة كانت فيها الحرارة طبيعية رجعت اليه الحمى ثانيـاً مع ألم الجنب الشمال Left pleuro dynia وفى اليوم الثانى وجد عند التسمع احتكاك بلورى ظاهر فاذا قدرنا فى هذه الحالة أن العـدوى كانت من اختلاط الطفل باولاد أخرى لقلنا أن مدة الحضانة لا تقل عن ثمانية أيام . . . ولـكن لنا أيضا أن نقدر جواز العدوى من الحجرة نفسها حيث كان بها طفلان مصابان بالتهاب البلورا

وكانت تختلف هذه الحالات عن حالات بارنجتون لان المرض فى الغالب كان مصحوبا بالتهابات بالحلق وفى بعضها كان التهابا حبيبيا Granular Pharryngitis وفى البعص الآخر من نوع التهاب الاجربة للوز Folliculer tonsillitis

وفى ٢٧ حالة من ال ٤٨ ولد كان يوجد دائما التهاب بالزور وأخذت

بضع مسمات Swabs من هذه الحالات فوجد فى جميعها اسبر بتوكوك واستفيلو كوك (Aureus) ولم يوجد باسيل دفتريا

وبخلاف حالات بارنجتون لم يوجد مطلقا التهاب رئوى عدا حالة واحدة فقط وكان بعض الاولاد فى شدة اكثر من غيرهم الا أنه لم يكن الطفل فى حالة حادة وشديدة جدا وفى جميع الحالات لم يكن هنـاك تغير ظاهر فى حالة الصحة وبالرغم عن ارتفاع الحرارة الى ١٠٣ أو ١٠٤ درجة فهرنهيت وارتفاع صوت الاحتكاك فلم تكن الحالة المرضية شديدة بنسبة علامات المرضى . وكان السعال قليلا جدا أو معدوما ولم تظهر أى علامة لاصابة الانسجة الرئوية

وجميع الحالات كانت مصاحبة لألم الجنب الذى كانت تختلف درجته فى الشدة وفى ١٧ من ٤٨ امكننا سماع احتكاك بلورى . . فى حين وجود صوت كان دائما عال جدا حتى أن بعض المرضى كانوا يسمعونه أو يشعرون به فى آخر الشهيق . . . وكثيرا ما كان ينتهى ألم الجنب مع بقاء صوت الاحتكاك ومما كان يلاحظ فى هذه الحالات رجوع النكسة وبعض الحالات انتكست مرتين أو ثلاثة وكانت ترتفع الحرارة عند ظهور بقع التهاب بلورى جديدى ولم يظهر فى حالة ما أى ارتشاح مصلى وكثير من الاولاد مكثوا مدة طويلة وبعضهم احتاج لتغيير الهواء واجازه غير قصيرة بعد الشفاء حيث تظهر عليهم علامات فقر دم وهزال وضعف شديد

ومما نؤيده هنا اننا شاهدنا حالات أخرى قريبة من هذه الجهة خلاف حالات المدرسة

من هذه سيدة وثلاثة أولاد سن ٣ الى ٧ سنوات كان عندهم نوبات حمى وكانت السيدة تشكو الم الجنب والاطفـال يشكون من الام بالبطن — ولم تظهر على الجميع علامات احتكاك الا انهم جميعاً انتكسوا وكانوا اكلينيكيا يماثلون حالات كحالات المدرسـة التى كنا نراها فى الوقت نفسه والتى كانت تبعد نحو ميل

وادخلنا ممرضة عندها حمى والم بالبطن اشتبهنا بها أولا التهاب الزائدة الدودية ولكن بعد بضع دقائق هبطت الحرارة الا أن الالم صار مركزه الصدر وكانت تشعر به فقط فى آخر الشهيق العميق

سائق أوتوموبيل شكا من ألم بالجنب وارتفعت حرارته الى ١٠٠ ° ف ووجد عنده احتكاك بلورى وفى ثامن يوم زالت علامات المرض وشفى تماما

وبالاجمال لداعى هذه الحقائق نرى أننا كنا نعالج مرضا معديا يصيب الأطفال اكثر من غيرهم ويحدث التهاب بالبلورا وبما أنه غالبا يصحب التهاب اللوز والحلق فيمكننا أن نستنتج أن طريق العدوى كان الحلق ولا يمكننا أن نعزوا السبب للاستربتكوكوك الذى امكننا عزله فى بضع حالات بغير الاسترسال فى مشاهدة حالات أخرى

واذا قدرنا أن حمي الروماتزم هى عبارة عن التهاب حاد يصيب الغشاء المخاطى وغالبا يسبقها حالة التهاب باللوز أو الحلق وتظهر أيضا بشكل وبائى لامكننا أن نستنتج جواز تقارب هذين النوعين من المرض

الدكتور حسن كامل

---

(١) علاج الصرع بالديالستين[1]

Dialacetin

من العوامل الهامة فى علاج الصرع معرفة العلامات الاولية للنوبة مبكراً ولقد زيدت هذه كثيراً أخيراً وخصوصاً فى الدائرة النفسية « Psychical » وبوضع هذه العلامات باختصار يمكن القول بانها تختلف فى الشكل والمزاج بين أشد الانحطاط النفسى والمضايقة وبين أعلا قمم السرور وحسن الامل والانتعاش . ويمكن للذين يراقبون الصرع يوميا أن يمنعوا عنهم النوبة اذا

---

(١) ترجمها عن اللانست ١٦ أغسطس سنة ١٩٢٤ الدكتور مبارك

لاحظوا حالتهم النفسية وتغيراتها باعتناء وحدة . ويظهر أن أول الاشياء التى يجب العناية بها فى علاج الصرع بالجملة هو الغذاء والنظام وعلاج ما قد يوجد من الامراض العضوية . وتأثير أملاح البرومور العلاجى والنفسى معروف ولكن كل الاطباء قد يجدون بين حالاتهم التى يعالجونها من الصرع من يسمون « بساقطى البرومور » وهؤلاء غالباً بين من يوجدون فى مجامع مخصوصة أو فى مستعمرات الصرع

ولا يمكن لمن له المام أن يضع رأيا فى دواء خاص بالصرع من غير أن يجرب على الاقل ثلاثة أشهر أما فى الحالات التى وضعت عليها هذه المقالة فقد عولجت أزيد من ستة أشهر

طبيعة ومقدار وتأثير الديالستين « Dialacetin »

يسمى الدواء الذى وضعت عليه هذه الملاحظات بالديالستين ويقال أنه مركب من ديال « Dial » — وهو دواء معروف بأنه منوم نافع — ، أليل باراسيتامينو فينول allyl — paracetamino — phenol وهذا الجزء الثانى فى التركيب له تأثير مضيع للالم والحرارة ولقد أعطى الاستاذ كشنى « Cushny » للديالستين فى كتابه الفرماكوبيا والاقربازين منزلة رفيعة فى علاج الصرع وذكر فى غضون الكلام أنه مفضل عن اللومينال « Luminal » وكل قرص يحتوى على ١½ قمحة من الجزء الاول و ٤ قمحات من الجزء الثانى والافضل الابتداء بمقدار قليل مثل ½ قرص مرتين يوميا ثم يزاد ذلك الى أن يبلغ المقدار النهائى بالتدريج ويتحلل القرص فى الماء بسهولة وليس طعمه رديئاً بأى حال والتحذير الثانى الذى يجب التنبيه عليه هو انه اذا أريد ألا تزيد مرات النوبات أو قوتها يجب ألا تقطع دواء كان يعطى أولا مرة واحدة بل ينقص بالتدريج وما نقص منه يعطى بدله ديالستين بمقادير صغيرة فيقل مقدار الدواء الذى كان يعطى أولا ويزاد مقدار الديالستين حتى يحل الاخير محل الاول فى أربعة أو خمسة أيام ويكون الديالستين فى هذه المدة يعطى بمقادير مناسبة والنجاح الذى أحرزه

هذا التركيب مشابه للنجاح الذى يحصل من كل الادوية المضادة للصرع غالبا أى فى الحالات التى تصاب بنوبات منقطعة أو على دفع يفصلها مدة طويلة نوعا ففى مثل هذه الاحوال يمكن التكهن بالنتيجة الحسنة . والتنبيه الذى ذكر أولا وهو دراسة حالة المريض النفسية وزيادة مقدار الديالستين قليلا فى حالة توقع نوبة يعوض الانتباه ولقد اشتكى مريض واحد بثقل فى الرأس من استعمال هذا الدواء أما فى الحالات الاخرى كلها فقد تقوت نفسيتهم ويظهر المريض أكثر انشراحا وأملا فى الحياة . وهذا يخالف على خط مستقيم تأثير البرومور. ويمكن تحمل أخذ الدواء مدداً طويلة ولم يظهر على الجلد طفح ولا فى حالة واحدة فى استعماله والنوم منشط دائما وحتى المرضى المعتاد عليهم الكابوس قالوا ان نومهم كان سباتا

ومن الخطل أن يدعى انسان أن الديالستين يشفى الصرع والدواء الذى يأتى بهذه النتيجة لم يكتشف بعد ولكن بناء على تجربتى قد قلت النوبات العظيمة فى العدد والشدة وأكاد أتأكد أن النتيجة ستكون ايضا حسنة من جهة التدهور العقلى ولو أن هذا الحكم سابق لأوانه الان ولكن التجربة الاولى تعزز تقديم هذا الحكم. ولقد كانت نتيجة الدواء غير مرضية قليلا فى الحالات الخاصة التى كانت النوبة فيها عبارة عن فقد ادراك وقتى أو كان هذا أهم الظواهر وكانت تجربتى أن أى علاج لا ينفع فى مثل هذه الحالات . وملاحظاتى موضوعة على ٥٢ حالة ولكن فكرى هو أن هذا العلاج يجب أن يعطى السعة اللازمة من التجربة

ولقد استعملت الديالستين فى الظواهر العصبية فى الاطفال الصغار وان لم يكن فى عدد كبير وحالتان من هذه مهمتان . الحالة الاولى طفل فى الثانية من عمره له تاريخ « تشنجات » فى مهده وكانت تأتى له هذه التشنجات واضحة فى كل مرة يصيح فيها وكان طفلا خسرانا « Spoilt » وكان اذا أغضب لدرجة البكاء يكتم أنفاسه ويزرق وجهه ثم يدخل فى نوبة اغماء مع بعض تقلصات

وكانت هذه النوبات مزعجة وتتركه فى حالة ضعف شديد ولقد استعمل له بعض أدوية مسكنة مع العلاج الافتراضى « Suggestive » فكانت النتيجة غير مرضية تماما ولكن باستعمال الديالستين كان النجاح باهراً ولم تعد له النوبات فى ستة أسابيع . والحالة الثانية مشابهة للحالة الاولى تماما ولكن عمر الطفلة كان ثلاث سنوات . وكانت الطفلة تدخل نفسها فى نوبة وبكاء اذا أغضبت أو أوذيت وكان وجهها يزرق شيئاً فشيئاً ثم تدخل فى اغماء تفقد معه غالباً مقدرتها على ضبط مثانتها فى أثناء النوبة ولقد كانت هذه الحالة بعد الموصوفة أولا بقليل ولم أجرب شيئاً غير الديالستين الذى برهن على أنه نافع من أول وهلة ولم تعلم باثولوجيه هذه الحالة ولكن أغلب الاطباء قد شاهدوا مثلها حينا بعد آخر .

وفى عزمى أن أجرب هذا الدواء فى بعض الاعراض العصبية التشنجية فى الاطفال كانقباض الزور التشنجى والتتانى وانى أعتقد انه سيأتى بنتيجة عظيمة

(٢) اليروتروبين Urotropine فى منع الاحتباس البولى بعد العمليات

نشر فجت « Vogt » الذى يشتغل فى مستشفى أمراض النساء فى توبنجن « Tubingen » فى سنة ١٩٢١ فى مجلة أمراض النساء « Zentrablatt fur Gynakologie » ملخصاً عن ملاحظاته فى عمل اليروتروبين اذا حقن داخل الوريد وكان غرضه الاول أن يحسن بعض الالام التى تحصل بعد التبنيج القطنى ولكنه لاحظ فى الوقت نفسه أن كل الحالات التى عولجت هكذا باليروتروبين لم يشاهد اصحابها أقل تعب فى التبول بعد العمليات. وعلى ذلك أعطى من ٧ — ١٠ سنتيمتر مكعب من محلول ٤٠ ٪ من اليروتروبين لكل

حالاته التى حصل لها احتباس بولى بعد عمليات أمراض النساء ولقد شاهد أن عمله هذا مستمر النجاح وان المرضى يتبولون بعد مرور من ٨ — ١٢ ساعة بدون احتياج الى استعمال القسطرة وما ينشأ عنها من ألم ومضاعفات. وفى صيف سنة ٩٢٣ تكلم الدكتور استن فون استابلمهر «Dr. Sten von Stapelmohr» أمام جمعية الجراحين السكنديناڤية فأكد هذه الملاحظات. وفى مستشفاه فى استكهلم أعطى اليروتروبين حقناً فى الوريد لنحو ٥٠ حالة ولم تشوه النتائج الحسنة الكثيرة بمضاعفات كالتبول الدموى ولقد أعطى اليروتروبين أيضاً مقادير بالفم ولكن النتائج لم تكن حسنة ولا تأثير اليروتروبين فى اخلاء المثانة شاملا كما فى حالة الحقن فى الوريد. ولقد أتى تقرير ثالث من مستشفى أمراض النساء بجامعة ليبزج واضع هذا التقرير الدكتور باش « Dr.C.Pasch » كتب عن ٩٠ حالة (٧٥) منها أصيبت باحتباس بولى بعد العمليات، ١٥ أصيبت بالتهاب فى المثانة وكانت العادة أن يحقن ٣ سنتيمتر مكعب من محلول ٤٠ ٪ من اليروتروبين ولكن اتضح أن الاحسن حقن ٥ سنتيمتر مكعب اذا كانت عمليات أمراض النساء مجاورة كثيراً للمثانة. وكان البول يبحث بانتظام ولكن لم يظهر فيه أى عرض من هذا العلاج ولكن فى ٤ ٪ من الحالات أحدث تعنياً متعبا وفى ٤ ٪ أخرى لم تكن له فائدة واستخدمت فيها القسطرة وكانت القاعدة أن يتبول المريض من نفسه بعد مضى من ساعتين الى ١٠ ساعات بعد الحقن ولقد عملت مقارنة باستعمال القسطرة فوجد أن ٧٢ ٪ من الحالات التى حقنت كانت المثانة تفرغ نفسها تماما

ولكن وجد أن اكثر من نصف الحالات التى لم تحقن باليروتروبين لم يكن تفريغ مثانتها تاما حتى فى الحالات التى لم يكن الاحتباس فيها تاما وكان البول الباقى يتراوح بين ١٠، ١٥٠ سنتيمتراً مكعبا ولقد أكد الدكتور باش ملاحظات الدكتور فون استابلمهر من أن اعطاء اليروتروبين بمقادير كبيرة من الفم قليل الفائدة بالمقارنة وكان يظن ان فائدة اليروتروبين من عدة سنوات

فى تعقيم المسالك البولية يتوقف على انفصال الفرمالديهايد « Formaldehyde » ولكن ابحاث بيزللو « Buzello » الجديدة وغيره تقترح ان مثل هذا التفسير ربما كان خطأ

الدكتور محمد مبارك

فيسيولوجيا التناسل

لذة الجماع الكبرى (محاضرة الدكتور فخرى)

(٢) دور الانتصاب Erection Stage

أما وقد انتهينا من الكلام عن « الدور التحضيرى » من أدوار الجماع فنذكر شيئاً هنا عن الدور الثانى وهو « دور الانتصاب » واستلفت نظر حضراتكم الى أن هذا الدور يعتبر عادة أهم دور من أدوار الجماع ، والحقيقة هى أن الاهمية العظمى التى اعتاد الناس الصاقها بهذا الدور أثرت تأثيراً كبيرا حتى فى اعتقاد رجال العلم انفسهم فجعلتهم يوجهون عنايتهم توجيها خاصا لدراسة عملية الانتصاب مع اهمال باقى أدوار الجماع. وترون ذلك ظاهرا بوضوح فيما كان يسميه الاطباء سابقاً بمرض « الارتخاء « Impotence » ، لانهم كانوا يعتبرون « الارتخاء » نوعا واحدا من المرض وهو عجز الشخص عن الانتصاب وتعلمون حضراتكم اننا رجال التناسليات الآن لا نعرف نوعا واحدا من المرض اسمه «الارتخاء» بل اننا نعبر بهذا الاسم عن عدة نقائص تصيب الجهاز

ملاحظة — نشر القسم الاول من المحاضرة فى عدد اكتوبر سنة ٩٢٣

التناسلى . ومما تقدم ترون حضراتكم أن دراسة « دور الانتصاب » اسعدها الحظ بعناية كثير من البحاثة والعلماء ولذا فهى دراسة كبرى واسعة مترامية الاطراف (وسنفصلها بدقة فى جزء من اجزاء سلسلة « العلاقات التناسلية والعادات السرية » للدكتور فخرى) ولكن هذا لايمنعنا هنا من أن نجمل ملخص الدراسات الحديثة عن دور الانتصاب « هذا الدور » يتركب من قسمين : —

(١) قسم الانتصابات الجزئية المتقطعة أو المتواصلة

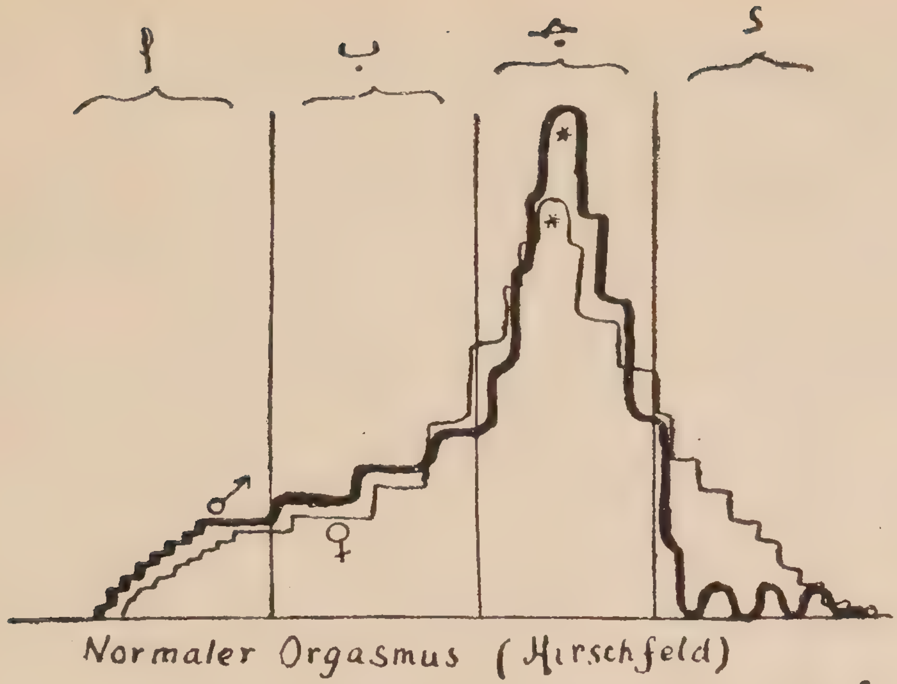
(٢) قسم الانتصاب الكلى اللازم للادخال — أى الايلاج

(١) قسم الانتصابات الجزئية المتقطعة أو المتواصلة : هذا القسم من دور الانتصاب يبدأ حصوله فى أواخر وقت الدور التحضيرى للجماع وينتهى بحدوث الانتصاب الكلى . وبمراجعة ما ذكرناه سابقاً عن الدور التحضيرى يمكنكم أن تفهموا أن الزمن الذى يستغرقه قسم الانتصابات الجزئية يختلف باختلاف أنواع مدنية وعقلية الذكر والانثى كلما طال زمن هذا القسم وكلما انحطت مدنية وعقلية الذكر والانثى كلما نقص زمن هذا القسم ، أو بتعبير فيسيولوجى آخر كلما تسلطت « المراكز النفسية العليا Higher Psychical Centres » بنفوذ كبير على عقلية الذكر والانثى كلما طال الزمن الذى يستغرقه هذا القسم . واذا ما تذكرتم حضراتكم ما ذكرناه عن الشاب الباريزى فى « الدور التحضيرى » فيمكنكم أن تروا بسهولة معنى الانتصابات الجزئية المتقطعة . أما الانتصابات الجزئية المتواصلة فتحدث عادة للاشخاص الذين يغازلون المرأة لغرض يتراوح بين نصف الساعة أو الساعة والساعتين أو الثلاث ساعات مثلا مع تأكدهم من حصول الجماع بعد هذه المغازلة ، وهذا يحصل عادة مع جماعة الشبان أو الرجال الذين يتمتعون بالسهرات النهائية فى المراسح والمراقص أو مع جماعة الرجال الذين يختلون ببضعة نسوة فى سهرة خاصة أو مع الشخص الذى يختلى بامرأة راقية فى حياتها المدنية تكون سمحت له بعد

أى نوع من التعـارف بان يتمتع بها وتتمتع به تمتعاً تناسلياً ، وقد يحدث أحيانا بين المتزوجين الذين يكونون محافظين على علاقات حبية زوجية لا تقل فى شدتها عن علاقات الشغف والغرام الحديث بين الرجل والمرأة الغير المتزوجين والفرق الوحيد بين حالة الانتصابات الجزئية المتقطعة والمتواصلة هو « تأكد الذكر تأكداً ثابتاً لاشك فيه من أنه سينتهى من مغازلته للانثى بعملية الجماع » هذا هو الفرق بين الحالتين من الوجهة النفسية ، وأما الفرق بينهما من الوجهة الفيسيولوجية الميكانيكية فينحصر فى أن الانتصابات الجزئيـة المتقطعة تنتج عن ازدياد بسيط فى كمية الافرازات الداخلية التناسلية وهو ازدياد متقطع بعكس مايحصل فى حالة الانتصابات الجزئيـة المتواصلة التى تنتج عن ازدياد مضطرد فى كمية الافرازات الداخلية التناسلية ينتج عنه تنبيه متصاعد مستمر لمركز الانتصاب التناسلى حتى يصل الانتصاب الجزئى الى انتصاب كلى يعقبه « الادخال » الذى كان متوقعاً عن ثقة . وسترون حضراتكم قيمة تأثير كل نوع من هذين النوعين على صحة الذكور والاناث عنـد ما نتكلم بعدئذ عن أنواع الجماع الباثولوجى

(٢) قسم الانتصـاب الـكلى اللازم للادخال : هذا القسم من دور الانتصاب يتم حصوله من الوقت الذى تنتهى فيه الانتصابات الجزئية الى الوقت الذى يبدأ فيه الانزال (وفى بعض الحالات يستمر الانتصاب حتى بعد الانزال وسنتكلم عن ذلك بعدئذ)

ولتسهيل فهم الانتصابات الجزئية والانتصاب الـكلى وما يعقبه نستلفت نظر القارئ الى الشكل نمرة ١ وهو يمثل عملية الجماع الطبيعية السليمة . وفيه ترى الخطين المتعرجين وهما يمثلان عملية الجماع عند الرجل والمرأة من ابتدائها فى قسم « ا » الى انتهائها فى قسم « ى » . وترى الخط المتعرج مقسما الى أربعة مناطق ا و ب و حـ و ى . فمنطقة ا تمثل الدور التحضيرى وابتـداء قسم الانتصابات الجزئية . ومنطقة ب تمثل باقى قسم الانتصـابات الجزئية .



فى جميع المرسوم يلاحظ القارئ ان
العلامة ♂ للرجل . والعلامة ♀ للمرأة

شكل نمرة ١

وعنـد ما يبدأ الخط المتعرج فى الصعود عند ابتداء منطقة حـ يبدأ قسم الانتصاب الـكلى ويستمر الانتصاب الـكلى حتى قمة الخط المتعرج عند النجمة المرسومة فى الشكل . وعند ما يبـدأ الخط المتعرج فى النزول يبدأ دور الانزال . فهذه النقطة التى يبدأ فيها الخط المتعرج فى النزول تحدد اللحظة التى تصل فيها لذة الجماع الى اقصى حدها ، وهو ما يعبر عنه علمياً بقولنا « لذة الجماع الـكبرى Orgasm » ولـكن هو ما يحصل فى حالات «الجماع الطبيعية Normal coitus » ، ولـكننا اذا لاحظنا حالات الجماع المصحوبة بالانزال كلها لوجدنا أننـا فى حاجة لتحديد هذه النقطة بالنسبة للحالات الطبيعية على الخط المتعرج بلغة أخرى لا تؤثر على موقع هذه النقطة بالنسبة للحالات الطبيعية ولـكنها تكون أدق فى تحديد هذه النقطة بالنسبـة لحالات الجماع الغير الطبيعية ، ولذلك فضل العلماء تحديد هذه النقطة بقولهم « انها النقطة الموجودة على الخط المتعرج فى اعلا ارتفاع يصل اليه هذا الخط — اى عند ما يصل الانتصاب الـكلى الى اشده قبل الانزال » . وسأبين لحضراتكم اهمية تحديد هذه النقطة فى دراسة الخط المتعرج الذى يمثل كل عملية الجماع

عند ما نتكلم عن انواع الجماع الباثولوجى واستلفت حضراتكم الى مراجعة الشكل نمرة ١ دائما مع مقارنته بكل شكل يمر عليكم وبه خط متعرج يمثل اى عملية جماع نذكرها

فيسيولوجيا قسم الانتصاب الكلى

نقتصر فى هذه المحاضرة على فيسيولوجيا الانتصاب الكلى عند الرجال ، لان دراسة الانتصاب الكلى عند النساء تحتاج لشرح طويل يضيق المقام هنا عنه لوجود نوعين من النساء فى العالم : نوع النساء الحافظات لاعضائهن التناسلية على حالتها الطبيعية ، ونوع النساء اللواتى يقمن بعملية « الطهارة — الختان » وما يصحبها من بتراجزاء لها علاقة كبرى بتتميم الانتصاب الكلى عند النساء (ولكنى استلفت نظر حضراتكم الى النظرية العلمية القائلة « بأنه يحصل دائماً من التعويض فى كفاءة الاعضاء التى تبقى بعد بتر أعضاء مخصوصة Compensatory effect on the remaining organs after the amputation or destruction of some special organs . »

وبتطبيق هذه النظرية ترون حضراتكم أن النساء اللواتى تمت لهن عملية الطهارة يتمتعن بنوع من التعويض عما ذهب من اعضائهن بطرق سنشرحها فى مجال آخر غير هذه المحاضرة

وخلاصة ما يعلمنا علم التناسليات هى انه لنجاح الانتصاب الكلى فيسيولوجيا يجب ان تكون العوامل الآتية طبيعية وسليمة

(١) المراكز العصبية للانتصاب

(٢) الافرازات الداخلية

(٣) حالة الاعضاء التناسلية تشريحيا وميكانيكيا

(١) المراكز العصبية للانتصاب : — تتركب هذه المراكز من ثلاثة أقسام

(ا) مركز النفسية Psychical center وهو موجود فى القطاعات العليا من القسم العجزى فى النخاع الشوكى Higher segments of the sacral »

part of the spinal cord وبمراجعة التجارب العملية التى قام بها Miiller على الحيوانات يمكنكم ان تروا هذا بسهولة (راجع Zeitschrift J.Nervenheilk 30)

(ب) مراكز الأفعال المنعكسة Reflex Centers : لست فى حاجة الى شرح هذه الدائرة المنعكسة ويمكن حضراتكم مراجعتها فى المؤلفات الخاصة بشرح الجهاز العصبى التناسلى شرحاً وافياً واخص بالذكر منها كتاب : —
Sexual pathologie von Hirschfeld (Bonn 1920) III Teil, S 144—155.

(ج) المراكز الميكانيكية Mechanical Centers وهى موجودة « فى الخلايا الجانجليونية من الشبكة الختلية Ganglion Cells of Plexus Hypogastricus

وقصارى القول يمكننا أن نقول بتأكيد أن مركز الانتصاب الكلى موجود فى القطاعين الثانى والثالث من القسم العجزى فى النخاع الشوكى وكل التجارب العلمية والملاحظات والاستنتاجات الاكلينيكية والباثولوجية التى قام بها Balint, Benedict, Peuhert, عن أمراض النخاع الشوكى المختلفة تثبت ذلك بوضوح فيما يتعلق بكفاءة المرضى التناسلية خصوصا فى مرض التابيس دورساليس

وغنى عن البيان انه لقيام هذه المراكز العصبية بوظائفها الفيسيولوجية يجب ان تكون ارتباطاتها وباقى علاقاتها بالجهاز العصبى كلها سليمة مع سلامة الجهاز الهضمى العام نفسه .

(٢) الافرازات الداخلية : — لاداعى لشرح تأثير الافرازات الداخلية التناسلية وغير التناسلية على فيسيولوجيا الانتصاب الكلى لان هذا الشرح يحتاج لمجلدات واكتفى باستلفات نظر حضراتكم الى كل ماطالعتموه فى مجلاتكم العلمية عن عظمة تأثير هذه الافرازات . وأحب ان اذكر حضراتكم بما جاء فى الدور التحضيرى عن تأثر الافرازات الداخلية بحالة تنبه المراكز النفسية العليا ، ومما ذكرناه هناك ترون حضراتكم بسهولة ان الافرازات الداخلية تتأثر بقوة بحالة المراكز النفسية العليا كما ان لهذه الافرازات تأثيراً

كبيراً على مقدار تنبه باقى المراكز العصبية فى كل خطوات عملية الجماع .

(٣) حالة الاعضاء التناسلية تشريحياً وميكانيكياً : — لنجاح الانتصاب الكلى يجب ان تكون الاعضاء التناسلية كاملة وفى حالة طبيعية تشريحياً . ولا داعى لتذكير حضراتكم بأنواع الشذوذ التشريحى الذى قد يصيب هذه الاعضاء فيضعف الانتصاب لوجود شرح تفصيلى عن هذه الانواع بمؤلفات التشريح الباثولوجى التى طالعتم كثيراً منها وانما استلفت حضراتكم للنقط الآتية : —

لا يتأثر الانتصاب الكلى من وجود خصية واحدة سليمة فى الصفن (الكيس) فى حالة عدم نزول الخصية الثانية الموروثة .

يضعف الانتصاب الكلى فى حالة وجود خصية واحدة سليمة بعد ان بترت الخصية الثانية جراحياً لسبب من الاسباب .

يضعف الانتصاب الكلى جداً واحيانا ينعدم فى حالة وجود خصية واحدة مريضة (ويتوقف انعدامه على مقدار ونوع المرض) باقية بعد ان بترت الخصية الثانية جراحياً لسبب من الاسباب .

هذه هى اهم النقط التى استلفت نظركم اليها زيادة عما تذكرونه من النقائص التشريحية المعروفة عن الخصيتين وباقى الاعضاء التناسلية أما حالة الاعضاء التناسلية الميكانيكية فتضطرنا لذكر شيء عن أعضاء المرأة التى تشارك الرجل فى الجماع . لانه حتى اذا كانت الاعضاء التناسلية للذكر سليمة تشريحياً فقد يكون الانتصاب ضعيفاً لاسباب ميكانيكية محضة . وهذه الاسباب الميكانيكية تنقسم لاربعة اقسام فى علم التناسليات

(القسم الاول) شكل الاعضاء التناسلية للذكر والانثى ونسبتهما لبعضهما ميكانيكياً : ولشرح ذلك نقول انه يوجد ما يجب ان نسميه « نسبة عضوى التناسل الجماعية Sexual Organs—Coital Index » وهذه النسبة هى التى تعبر عن احجام عضو التناسل الذكر فى حالة الانتصاب الكلى مقارنة بأحجام

عضو التناسل للانثى فى حالة الانتصاب الكلى عند الجماع ، اذ يوجد عضو تناسلى ذكر له من الطول والضخامة فى حالة الانتصاب ما يليق بعضو تناسلى يخص امرأة مخصوصة ولا يليق بعضو امرأة غيرها والعكس بالعكس ، ويوجد عضو تناسلى ذكر آخر له من النحافة أو القطر ما يليق بامرأة أخرى ولا يليق بامرأة غيرها وتعلمون حضراتكم أن بعض النساء عقب الولادة يصبن باتساع أو اتساع وارتخاء ميكانيكيين فى عضلات أعضائهن التناسلية الخارجية ، ولست فى حاجة لتذكيركم بان حالة اعضاء المرأة التناسلية الخارجية لها تأثير كبير على التموجات الضاغطة العضلية التى تقوم بها أعضاؤها فى عملية تهييج عضلات العضو الذكر عند الجماع ، فاذا ما تذكرتم ذلك عرفتم أن ما يصيب عضلات هذه المرأة من امتطاط وارتخاء عقب بعض أنواع الولادة له تأثير كبير على اضعاف الانتصاب الكلى عند الذكر. وفى الواقع اننى عالجت عددا من المرضى الذكور استشارونى لضعف تناسلى اصابهم بواسطة تشخيص الضعف كشىء ناتج عن حالة عضو نسائهم الميكانيكية وبواسطة عملية جراحية بسيطة لتضييق فتحة الفرج ميكانيكيا عند نسائهم

وما يصيب الرجل من ضعف فى انتصابه الكلى اذا ما كانت اعضاء المرأة التناسلية اكبر حجما من اعضائه يصيب المرأة أيضا ويضعف لذتها التناسلية (اللهم الا فى بعض حالات النساء المصابات ببعض امراض عصبية نفسية تناسلية يضيق النطاق فى هذه المحاضرة عن ذكرها) وما يصيب الرجل من ضعف فى هذه الحالات يقابله عندالنساء امراض تناسلية أخرى اذا انعكست الآية وكانت اعضاء الرجل متضخمة لدرجة كبيرة تخل بنسبة عضوى التناسل الجماعية ، لان عضو المرأة التناسلى المتركب من فتحة الفرج أو فتحة الفرج والمهبل نفسه اذا كان صغيراً جدا بالنسبة لعضو الرجل التناسلى المتضخم أو المتضخم الطويل فقد تنتج عند المرأة آلام كبيرة عند الجماع يتسبب عنها

امراض مختلفة بعضها جراحى أو عصبى و بعضها عصبى تناسلى و بعضها عضوى كتضخم فى عنق الرحم أو حساسة شديدة يعقبها التهاب فى المبيض الايمن أو الايسر او الاثنين معا او فى الرحم او التهاب غير ميكروبى فى البريتون أو الامعاء والمثانة الخ . . الخ . . مما لا يسعنا هنا ذكره وهذه النسبة العلمية الحديثة هى التى تبرر كل انواع الخرافات المضحكة التى يعرفها بعضكم عما جاء فى مؤلفات الامم الغابرة خصوصاً العرب عن مختلف اللذات والشهوات التى كانوا يسجلونها فى كتب قد يخجل بعض الناس فى عصرنا من مطالعتها واعتقد ان شرح نسبة عضوى التناسل الجماعية شرحا أوفى يستغرق وقتا طويلا واكتفى بما ذكرته لحضراتكم عنها وننتقل الآن الى

(القسم الثانى) شكل ضخامة أو رقة جسم الرجل والمرأة اللذين يقومان بعملية الجماع ، لانه حتى اذا كان عضو التناسل للذكر والانثى فى حالة طبيعية سليمة وكان كل منها وحده قادراً على تتميم الانتصاب اللازم للادخال فقد يحصل أن توجد عوامل ميكانيكية فى جسم الطرف الآخر أو فى جسم صاحب هذا العضو السليم تعوق الادخال جيداً فلا يتم الانتصاب الكلى بشكل مناسب . وأهم هذه العوامل هو تضخم حوائط البطن عند الرجل أو المرأة أو الاثنين معاً وتضخم حوائط البطن يكون مصحوباً عادة بتضخم كبير فى الفخذين وفى هذا ما فيه من العوائق التى تعرفون حضراتكم أنها تعوق عن الايلاج الجيد ميكانيكياً . وفى بعض البلاد يكون تضخم جسم المرأة محبوباً عند الرجال لاسباب غير فيسيولوجية ولكنها فى نفس الوقت أسباب نفسية كافية للتأثير على المراكز العصبية بدرجة تعوض على هؤلاء الرجال مقدار الضعف الذى يصيب عملية الجماع عندهم لوجود عامل ضخامة جسم المرأة الميكانيكى . وأهم هذه البلاد هى بلادنا المصرية حيث تحب طبقات العامة « المرأة التخينة الملظلظة » وبهذه المناسبة أذكر لحضراتكم أننا نحن المشتغلين

بعلاج الامراض الزهرية سعداء فى مصر وأكثر حظا من زملائنا فى بلاد الانجليز لاننا نستخدم العلاج الزئبقى ضد الزهرى عنـد النساء بسهولة لما يتسبب عنه من « السمنة » التى تتعشقها المصريات وتكرهها وتمجها نفوس السيدات الانجليزيات أو الاميريكيات مثلا .

(القسم الثالث) الموضع الميكانيكى الذى يتخذه الرجل والمرأة عنـد الجماع : — من المعروف علمياً أن قوة الاحساس التناسلى عند المرأة تختلف فى أجزاء أعضائها التناسلية الاولية . فاشد هذه الاجزاء احساساً هو البظر ويليه عنق الرحم للارتباط المتين بينه و بين الرحم والمبيضين ، ويليه الشفران الصغيران ثم الشفران الـكبيران ثم حوائط المهبل . كما أن قوة الاحساس التناسلى تختلف فى أجزاء سطح القضيب عنـد الرجل ، وأشد هذه الاجزاء احساساً هى حشفة القضيب (الثمرة) خصوصاً على مسافة نصف سنتى متر من فتحة القضيب الامامية ، ثم يليها سطح القضيب الاسفل الملاصق لمجرى البول ثم يلى ذلك باقى سطح القضيب على السواء . فما لاشك فيه هو أنه كلما تعرض عضو الرجل أو المرأة لتهييج أكبر مناطق حساسة فيه كلما تنبه الانتصاب حتى يصير كلياً . ومما لا شك فيه هو أن المراكز العصبية النفسية للرجل تتنبه بشدة كلما زاد شعور الرجل بأن المرأة تتمتع بلذة كبيرة عند الجماع ، ولذلك فان الانتصاب الكلى عند الرجل لا يتوقف فقط على حالته الجسمية الصحيحة بل ويتوقف أيضاً على ما يتبادله هو والمرأة من شعور عند الجماع ، وترون هذا بصورة واضحة فى حالات الرجال الذين لا يشـعرون بانتصاب كلى بل يشعرون أحياناً بارتخاء جزئى عند مواقعة العاهرات مع انهم يشعرون بانتصاب كلى عنـد مواقعة اى امرأة من النساء اللواتى يشعرن بلذة الجماع اكثر من العاهرات فاذا ما تذكرنا الحقائق السابقة لعلمنا ان الموضع الميكانيكى الذى يتخذه الرجل والمرأة عند الجماع له تأثير كبير على الانتصاب الـكلى من عدة

وجوه : وأهم هذه الوجوه ما يأتى : — (الأول) تعريض اكبر سطح من الأجزاء الحساسة للتهييج باللمس والاحتكاك عند الجماع ، (الثانى) باتخاذ اوضاع مختلفة يتمكن بها الرجل والمرأة من التمتع بجمال اعضائهما التناسلية الثانوية المختلفة ، وفى هذا ما فيه من تنبيه لمراكزهما العصبية النفسية العليا والتشريحية السابقة الذكر . (الثالث) وهو فى اعتقاد اساتذة التناسليات من أهم الوجوه ولو أن بعض الثقاة القلائل لا يرون مبررا عمليا كافيا لاعتباره وجها مهما وبعضهم لا يرى فيه أى مبرر لتغيير الوضع الميكانيكى ، وهذا الوجه هو أن تغيير الوضع الميكانيكى فيه للرجل والمرأة لذة نفسية كبيرة تساعدهما على تحاشى السآمة التى قد تصيب شهيتهما التناسلية من التمتع بطريقة واحدة عند الجماع . هذه هى أهم الاوجه واؤكد لحضراتكم اننى متأكد بعدما اختبرته فى مرضاى وما رأيته فى مباحثى واطلاعى أن من يريد أن يعالج الحالات التناسلية يخطئ خطأ كبيراً اذا امتنع عن الاهتمام بتحليل ودراسة حالة مرضاه خصوصاً للتحقق من حالة مرضاه بالنسبة لهذه الاوجه الثلاثة . والآن ذكر لحضراتكم شيئاً عن الوجه الأول وهو الذى يحتاج لبعض الشرح : افلتعريض اكبر سطح من الاجزاء الحساسة للتهييج باللمس والاحتكاك ترون حضراتكم أنه يجب الوصول لعنق الرحم خصوصاً فى حالات النساء اللواتى فقدن البظر بعملية الختان النسائى ، وتعلمون حضراتكم أنه توجد أحيانا بعض النساء اللواتى عندهن انحراف فى موضع الرحم وعنقه بالنسبة لمحور المهبل الطبيعى ، فما لا شك فيه أن تغيير الوضع الميكانيكى عند الجماع يعود على عملية الجماع بنجاح . وتعلمون حضراتكم أنه توجد بعض النساء صاحبات حوائط البطن المتضخمة فما لا شك فيه أن تغيير الوضع الميكانيكى يساعد الرجل على القيام بهذه العملية بسهولة اكثر من القيام بها مع وجود حائل كبير بينه وبين عضو المرأة كحائط بطنها المتضخم ، وهكذا الحال مع الرجل الضخم

والمرأة النحيفة وهكذا وهكذا . . الخ

ومما تقدم ترون حضراتكم أن تغيير الوضع الميكانيكى له تأثير فيسيولوجى ميكانيكى وتأثير نفسى ، وتعلمون حضراتكم أن التأثيرات النفسية تزداد وتتنوع بازدياد المدنية ، ولذلك ترون الشعوب تتفنن أحيانا فى خلق أوضاع ميكانيكية للجماع مختلفة الاشكال وهذاهو مالوحظ على العرب خصوصاً فى الدولة العباسية وعلى الرومانيين ولكن كل هؤلاء لم يصلوا لما وصلنا اليه فى عصر مدنيتنا الحالية ، فبينما ترى المتوحشين لايعرفون الا وضعاً واحداً وترى فلاحنا المصرى لايعرف الا وضعين مثلا يمكنك أن ترى بين الطبقات المتمدينة من يعرفون أوضاعا عديدة كانت لتعددها تصير لذة فى ذاتها بغض النظر عن لذة الجماع نفسه .

(القسم الرابع) حالة الاعضاء التناسلية من حيث تكوينها الميكانيكى وهذا يشمل عدة أشياء منها : أعضاء عملت لها عملية « الطهارة » او باقية على حالتها الطبيعية ، وجود الشعر او عدم وجوده حول الأعضاء الخارجية ، استعمال مواد « مزيتة Lubricants » او عدم استعمالها ، تركيب آلات صناعية على عضو الذكر او عدم تركيبها (فى بعض القبائل المتوحشة يدخل الرجال قطعاً من الخشب او العاج او الابنوس او الحسك او النحاس فى راس القضيب حتى يتمكنوا بذلك من تهييج المرأة تناسلياً Ploss-Bartels) ، وجود أمراض تناسلية ميكروبية أو غير ميكروبية لها تأثير على قوة العضو التناسلى الميكانيكية (سنتكلم عن ذلك بعدئذ)

ويضيق المقام عن شرح تفصيلى لهذه المسائل فنكتفى بذكرها وننتقل الى الكلام عن الدور الثالث من أدوار الجماع وهو : — (يتبع)

فوائد لبنان فى مداواة بعض أمراض العيون

لبنان جبل معتدل الطقس فى الصيف وبارد فى الشتاء يختلف ارتفاع بلدانه التى يقصدها الناس للأصطياف بين ٦٠٠و١٥٠٠ متراً تقريباً والغبار قليل فيه الا على الطرق العامة حيث تثيره السيارات وغيرها من وسائل النقل والذباب نادر جداً والسماء صافية تبزغ فيها الشمس مدى الصيف وهواؤه خفيف كهواء غيره من الجبال تكثر فيه الأشعة الكيماوية أو أشعة ما فوق البنفسجى التى ينسبون اليها الفضل فى شفاء المصابين بالتدرن الذين يقصدون المصحات المرتفعة الخاصة بهذا الداء . وقد ظهرت منذ أجيال فوائد الاصطياف فيه للمصابين بفقر الدم فكأن العناية أوجدت على مقربة من مصر هذا الجبل البديع مصحا شافياً من أهم الأمراض التى تنتاب بنيها وبالأخص ما يصيب منها عيونهم كما سأبين فيما يلى

لا يخفى على أحد أن أشد أمراض العيون انتشاراً فى القطر المصرى هى أولا حبيبات الملتحمة والارماد الحادة وثانياً المضاعفات التى يسببها فقرالدم

أما حبيبات الملتحمة والارماد الحادة فتنتشر بالاخص حين اشتداد الحر كما يحدث عندنا وهذا الامر ثابت عرفه أطباء اليونان منذ زمن بقراط على أن بعضهم يقول أن تأثير الحرارة ناتج عن اختلاف الاحوال الصحية لأن الاختلاط وصعوبة تتميم شروط النظافة يغلبان فى البلاد ذات الحرارة المرتفعة وخصوصاً فى القرى والمزارع

ومن أسباب انتشار هذه الامراض أيضاً كثرة الغبار لانه بتهييجه عيون الذين يتعرضون له يضطرهم الى دعكها مراراً عديدة فى اليوم فينقلون اليها بهذه الطريقة ما قد يكون عالقا فى أيديهم من ميكروبات هذا الداء

ومن هذه الاسباب أيضاً الذباب فانه علاوة على لذعه العيون واضطراره

أصحابها الى دعكها ونقل العدوى اليها من أيديهم كما يفعل الغبار فقد يلقح العيون السليمة رأسا بأن يحمل اليها الافرازات المحتوية على ميكروبات هذه الامراض من العيون المصابة بها وهذه الحقائق أثبتها كثير من الاطباء الذين اشتغلوا فى بلاد الجزائر وفى مصر

فالحرارة والغبار والذباب من أهم عوامل انتشار حبيبات الملتحمة والارماد الحادة والبلاد الخالية من هذه الافات كجبال لبنان يندر أن تنتشر فيها الامراض المذكورة لكن لارتفاع لبنان تأثيراً أهم من كل ما تقدم على حبيبات الملتحمة التى تصيب ما يزيد على ٩٠ فى المئة من سكان القطر المصرى وسأذكر لاثبات هذا التأثير بعض ماقاله الاساتذة الفرنساويون لما اشتد انتشار جيبات الملتحمة بين الجنود مدة الحرب فقد ذكروا فى الجلسة التى عقدتها جمعية طب العيون الباريسية يوم ١٤ يونيو سنة ١٩١٧ أموراً هامة حينما تكلموا عن تأثير الارتفاع فزعم دور Dor أن حبيبات الملتحمة تشفى من تلقاء نفسها على ارتفاع معين وان علامات الرمد الحبيبى الحاد ومنها الافراز تنقطع متى زاد الارتفاع على ألف متر وأشار بأنشاء مستودعات فى بعض البلاد الجبلية المرتفعة جداً لكى يرسل اليها الجنود المصابون بهذا الداء

وقال موركس أن حوادث حبيبات الملتحمة موجودة فى بعض البلاد المرتفعة ولكنها قليلة

وصادق سولارسون على هذا الرأى وقال ان هذا المرض ينتشر فى البلاد المنخفضة الشديدة الحرارة ولكنه لا يرى الا قليلا فى الجبال التى تجاورها وختم كلامه بما يأتى « ان الارتفاع من العوامل التى تؤخر سير المرض الحبيبى وتخفف شدته ولكنه غير كاف لان يسبب شفاء تاما ومن المرجح أن تأثيره ناتج عن اضعافه للطفيلات التى تسبب هذا المرض وهذا الاضعاف تقوم به غالباً الاشعة القصيرة الامواج المعروفة بالاشعة الكيماوية أو أشعة ما فوق البنفسجى التى تكثر فى البلاد المرتفعة وتأثير هذه الاشعة المعقم والقاتل

للميكروبات ظاهر فى علاج الامراض الدرنية »

وقد أثبت الاختبار عدة أجيال صحة ما تقدم فان قلة انتشار أمراض العيون فى لبنان لا تحتاج الى دليل والفوائد التى يجنيها بعض المرضى المصابين بحبيبات الملتحمة وبعض أمراض الجفون الاخرى وبعض التهابات القرنية من الاصطياف فيه أكيدة أختبرناها مراراً عديدة فكثيراً ما رأينا بعض الاولاد الضعيفى الدم ذوى المزاج الليمفاوى أو الخنازيرى الذين لا تشفى عين احدهم حتى تلتهب عينه الاخرى ولا يظهر عليهم بعض علامات التحسن حتى يصابوا بنزلة جديدة رغماً من استشارتهم كثيراً من اطباء العيون فى هذا القطر يعودون من لبنان وقد فارقهم المرض نهائياً او تحسنت اعراضه الى درجة عظيمة جداً بحيث لا تلبث النزلات بعد ذلك ان تنقطع

أما فقر الدم ولا أقصد به النوع المسبب عن الانكلستوما أو البلهارسيا لأن لهذين المرضين أدويتهما الشافية بل أقصد النوع الناتج عن اشتداد الحر وسوء التغذية وما يتبعهما من اختلال الجهاز الهضمى فهو كثير الانتشار هنا حيث يعيش الناس فى الصيف وكأنهم مصابون بحمى خفيفة وهو من الامراض التى تسبب مضاعفات كثيرة فى عيون المصابين به أهمها التعب السريع عند المطالعة وكراهة الضوء وأحيانا العشاوة ونقص تكييف البصر ونوبات شديدة من آلام العين العصبية

وكثيراً ما نشاهد فى حوادث فقر الدم التهابا ملتحمياً خفيفاً والتهاب غدد الاجفان وقد صادف بعضهم أيضاً الالتهاب القزحى المصلى المصاحب بالتهاب غشائى دسمت وتكدر الجسم الزجاجى واحتقان الحلمة البصرية الخفيف

فهذه الامراض جميعها اذا ظهرت كمضاعفات لفقر الدم تتحسن حالة المصاب بها كثيراً ان لم يشف تماما متى قضى الصيف فى ربوع لبنان

الدكتور الياس ابراهيم صليبي

محضر
الجلسة العلمية الخامسة والاربعين
للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية في الساعة العاشرة من صباح الجمعة ٥ ديسمبر سنة ١٩٢٤ بدار المجمع العلمي المصري بحضور عدد كبير من حضرات أعضاء القاهرة والأقاليم وبعد قراءة محضر الجلسة الماضية بدء صاحب العزة الدكتور على بك ابراهيم فى القاء محاضرته عن (أسباب تكون الحصوات) وبعد الانتهاء شكره الحاضرون كثيراً على بحثه المفيد ومحاضرته القيمة

ثم تكلم حضرة الدكتور عبد العزيز حلمى فقال

ان أسباب تكون الحصوات يسهل تعيينها فى بلاد كمصر بخلاف البلاد الاخرى

فمنها شغل الفلاح المصرى طول يومه وكثرة العرق الذى ينتج عنه شدة كثافة البول الذى كثيراً ما يحاول منع التبول خصوصا اذا تقارب موعد الصلاة كما بين صلاة الظهر والعصر مثلا ومنها رداءة الغذاء وعدم نقاوة الماء اللذين يسببان تمركزا « Concentration » فى البول السبب الاول يعلل قلة وجوده الحصوات عند النساء لعدم صبرهن على تحمل منع التبول طويلا

وان كثرة تكون الحصوات عند الاطفال لا تنطبق عليه النظرية الميكروبية لانهم لا يتناولون غذاء مدة طويلة سوى اللبن

ثم قال ان البول المركز يتسبب عنه تماسك البللورات الملحية لتنتج الحصوات واستشهد بعملية استخراج الملح فى الملاحات

فرد عليه حضرة المحاضر بأن تلاصق بلورات كلورور الصوديوم

لا يماسك فتكون منه أحجار فالملح يتفتت بسرعة أما التماسك الذى ينتج عنه حصوات فهو كما ذكر يكون بافرازات التهابية تماسك بواسطتها البللورات تماسكا تاماً

ثم تكلم الدكتور عريان عن ملاحظة الوراثة فى تكون الحصوات فأحاله المحاضر الى تعليله الذى ذكره بالمحاضرة وبأن أسباب ذلك توحد الوسط

ثم سأل الدكتور سرور عن السبب فى وجود الحصوات رغم تكرار ورود التيارات البولية عليها

وقد كان الاولى فى الحالة الاخيرة اجتياحها معها فرد عليه المحاضر بأن ذلك يرجع الى أن الحصوة لا تتكون الا على جزء ملتهب انفصل عنه الغشاء المخاطى فتلتصق به البللورات وتتكون عليه

ثم قام الدكتور المنياوى فشكر حضرة المحاضر لامرين الاول لمحاضرته النفيسة التى تسبب عنها حضور عدد كبير من حضرات الاطباء وذلك ماذكرنا بأول عهد الجمعية حين كان يجتمع عدد كبير لسماع محاضراتها وهو يرجو حضرته وحضرات الاطباء أن يلقوا محاضرات كثيرة الاهمية كهذه

وثانياً للبحث الهام الذى بحثه حضرة المحاضر والمهم فيه

انه ذكرنا بطريقة البحث التى يعالج بها كبار البحاثين مسائلهم فانه طبق مشاهداته العملية على ما هو مدون فى بطون الكتب العلمية عن أسباب تكون الحصوات واستخرج رأيا قائما بذاته

وذكر حالة ربما كان لها علاقة بهذا البحث وهى على الاقل تظهر أن وجود العدوى قريبة من البول حتى خارج المسالك البولية قد تسبب تكون حصوات والحالة هى كما يأتى

دخل مريض بناسور بولى فى العجان بالقصر العينى ولوحظ العجان متورما جداً بشكل حالة بلهارسية وعند العملية وجد أنه تكون ما بين الجلد وقناة

مجرى البول ثلاث طبقـات من الحصوات واحدة تحت الجلد تماماً وأخرى فى النسيج الخلوى والثالثة فى كيس حول مجرى البول ثم وجدت فتحة بعد ذلك فى قناة مجرى البول ووجد داخل المجرى حصاة

وبعـد تذويب أملحتها وبحثها بمعرفة حضرة الدكتور على حسن وجد الباقى منها عبـارة عن أجزاء من السوائل الالتهابية كالمخاط والقيح متماسكة ببعضها تماسكا اشبه بحصاة تنقصها أملاحها .

فشكره الحاضرون ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة الثانية عشرة الا ربعاً م

السكرتير

محضر الجلسة العلمية الثالثة والعشرين

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

عقدت الجلسة تحت رئاسة حضرة وكيـل الجمعية الدكتور نجيب بك قناوى وحضور عدد من الاعضاء بالمستشفى الاميرى الساعة السابعة من مساء الثلثاء ١٨ نوفمبر سنة ١٩٢٤

فدعا رئيس الجلسة حضرة (الدكتور احمد افند قدرى) طبيب مستشفى الامراض الزهرية بصحة بلدية اسكندرية لالقاء محاضرته عن (درن الجهـاز البولى التناسلى — منشؤه وعلاجه) وهى المذكورة فى غير هذا المكان من المجلة . فألقاها

ثم دارت بعد ذلك عدة مناقشات فى موضوعها تخللها شكر حضرة المحاضر لموضوعها الجديد

ثم عرض حضرة الدكتور على افندى عطيه نجم الاخصائى فى الامراض الجلدية والزهرية مريضا مصابا (باكزيما عمومية) وتكلم قليلا عن تشخيصه وعلاجه

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة ونصف مساء م

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

حضرة الفاضل رئيس تحرير المجلة الطبية المصرية

السلام عليكم ورحمة الله

أما بعد فان جمعية التعاضد العلمية ببرلين ترجوكم أبلاغ الجمعيـة الطبية المصرية جميل عزائها فى رجل العـلم والعمل المرحوم الدكتور عيسى حمدى باشا ومشاركتها الاسى فى فقد رئيسها وشيخها ثم ترجو نشر التعزية المرفقة بهذا والسلام ?

ط. د.نانه

برلين فى { ٢١ ربيع الثانى سنة ١٣٤٣ — ١٨ نوفمبر سـنة ١٩٢٤ }

سكرتير الجمعية

فقيد مصر العلامة

قرأنا فى مقطم يوم ٢٧ ربيع الأول سنة ١٣٤٣ (٢٦ أكتوبر سـنة ١٩٢٤) خبر توزيع الجمعية الطبية المصرية رقاع الدعوة لحفلة تأبين المغفور له عيسى حمدى باشا

وأيم الله أن مصاب مصر فى ابنها البـار وعالمها المحقق وطبيبها النطاسى الكبير — وانخسارتها بفقده لا تعدلها خسارة خسرتها من أبنائها فى الاربعين حولا الاخيرة اللهم الا فى أفراد من لداته لا يتجاوز عددهم أصابع اليد الواحدة كانوا ومنهم فقيد اليوم نجوما تلألأت فى سمائنـا برهة فلم تلبث أن حجبت سناها سحب الاحتلال والخطوب المتتالية فوقفت حركة كان يرجى منها لمصر الخير كله وأخرست السن وكسرت أقلام وسكنت نهضة أعقبهـا سبات عميق —

وبين يدينا اليوم من آثار الفقيد العظيم الباقية ومصنفاته الخالدة كتابان

فى الطب الباطنى وفن الولادة وهما (المعراج فى الطب الباطنى والعلاج) مطبوع سنة ١٣٠٢ فى ثلاثة مجلدات وكتاب (لمحات السعادة فى فن الولادة) مطبوع سنة ١٣٢٠ فى مجلد واحد — حشر فيهما من وصف الامراض وتشخيصها وأسباب علاجها وتشريحها المرضى أقصى ما وصل اليه الطب فى ذاك الوقت مما يضارع أرقى ما ألف فى دول الحضارة الثلاثة ألمانيا وفرنسا وانجلترا — وكل هذا بلسان عربى مبين — وله غير هذين الكتابين النفيسين ثلاثة عشر مؤلفاً فى الطب بالعربية منها (كتاب أمراض الاطفال) و (فن العلاج) و (هبة المحتاج فى الامراض الباطنية) و (كتاب فى التشخيص) و (كتاب فى صحة الحوامل والاطفال) وكتاب فى الجراحة الصغرى وكتاب فى الانفلونزا مما ينطق بفضله ويشهد بتضلعه وينقش اسمه فى صحيفة أسماء خيرة المنصفين — وهى فوق ذلك قذى فى عين كل من يزعم ان صدر أم اللغات أضيق من أن يسع الطب الحديث وشجى فى حلقه ورد على كل مفتر عليها اما لجهل بها أو لغرض أثيم فى نفسه

ومما يزيدنا شجنا وقوف ذلك التيار — تيار البحث والتصنيف بعد أن بزغ فجره فى مصر فكان يبشر بيوم واضح نوره ساطعة شمسه — وانا لنذكر — والحديث شجون — ان أكثر الكتب الطبية التى بين أيدينا هنا ألفها أصحابها منذ ذاك الوقت — الوقت الذى أخرج لنا فيه الفقيد مؤلفاته — وأعيد طبعها عشرات المرات متمشية مع العلم خطوة خطوة ونذكر منها على المثال كتاب (شترميل) (Strumpel) أستاذنا ورئيس مستشفى الامراض الباطنية بليبزج الذى أعيد طبعه أربعاً وعشرين مرة فى نحو خمس وثلاثين سنة وصاحبه لا يزال يلقى محاضراته ويزاول ابحاثه لم توهن من قواه الثلاثة والسبعون

على أن فقيدنا فى سماء عليائه أبى الا أن يمتد سناه الى الغرب فترك لقراء

الفرنسية كتابين فى الختان والبيرو بيلامينا وثلاث رسائل احداها فى تأثير المورفين والذراريح والفصد فى بعض مضاعفات الجريب (الانفلونزا) والثانية فى السر الصناعى والثالثة فى عدوى الجنين بالروماتيزم المفصلى العمومى الحاد المصابة به الأم أثناء الحمل — قدمت الاولى منها للمؤتمر الطبى الدولى سنة ١٩٠٠ والثانية للمؤتمر الطبى الدولى الصناعى فى نفس السنة — وكل هذه آثار تشهد بما لطبيب الانسانية من القدم الراسخة فى علم الطب ومن النشاط العظيم والبحث المتوالى والصبر على التأليف فى عصر يعد فخرا فى عصورنا وتخلد لصاحبها ذكراً فى الصالحين

فجمعية التعاضد العلمية ببرلين تتقدم مشاركة الجمعية الطبية المصرية فى تحمل نصيبها من مصاب الطب والعلم وتعزى نفسها والامة المصرية جمعاء بل والناطقين بالضاد وتدعو الله أن يسقى جدث الفقيد العظيم بغيوث رحمته ويوسع له فى جنات نعيمه ويجزيه بما أسلف لامته ولغته وللانسانية خير الجزاء ويلهم ذويه الصبر والسلوان ؟

عن جمعية التعاضد العلمية ببرلين

ط دنانه

النشرات الادارية لمصلحة الصحة العمومية

الصادرة فى شهر ديسمبر سنة ١٩٢٤

رقم ١٣٢ تعيين — عين الدكتور محمود افندى احمد عفيفى تحت الاختبار بوظيفة خبير بأشعة اكس من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها براتب قدره ٢٤٠ جنيها فى السنة اعتباراً من ٤ نوفمبر سنة ١٩٢٤ وألحق بمستشفى اسكندرية

والدكتور محمد افندى شكرى بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة أعتباراً من ١٠ نوفمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بملحقات الانكيلوستوما

والدكتور كامل افندى ابراهيم شلبى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة أعتباراً من ٢٢ نوفمبر سنة ١٩٢٤ وألحق بمكتب صحة الموسكى

رقم ١٣٣ تثبيت — بما أن كلا من الدكتور ابراهيم افندى عبد الله سليم طبيب صحة كفر صقر قسم ثان والدكتور صادق افندى اسكندر الطبيب المقيم بمستشفى اسكندرية قد مضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيتهما براتبيهما الحاليين

رقم ١٣٤ رفت — بناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور أديب افندى شنوده الطبيب المؤقت بالانكيلوستوما قد تقرر رفته من خدمة المصلحة أعتباراً من ١٩ أغسطس سنة ١٩٢٤

وبناء على انتهاء مدة عقد الدكتور موريس افندى خزام الطبيب بمستشفيات الانكيلوستوما قد تقرر رفته من خدمة المصلحة أعتباراً من ٢ نوفمبر سنة ١٩٢٤ التاريخ التالى لنهاية العقد المحرر معه

وبناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور حافظ افندى نسيم الطبيب بمستشفيات الانكيلوستوما تقرر رفته من خدمة المصلحة أعتباراً من ١٤ نوفمبر سنة ١٩٢٤

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت ءو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم ألايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الحديد

پپيرازين ميدى

حبيبات فواره

ضد كل اعراض التهاب المفاصل



النقرس - الحصوات

الروماتيزم

المغص الكلوى

الرمل الكلوى

الرمل الصفراوى الكبدى

طريقة الاستعمال

الاحوال الحاده ٣-٦ ملاعق قهوه فى اليوم منذابة فى نصف كوب ماء ويفضل اخذها بعد الاكل بمدة

الاحوال المزمنة ١-٣ ملاعق قهوة فى اليوم مدة خمسة عشر يوما من كل شهر ويستعمل لمدة بضعة اشهر

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (١٧ E)

مرهم واقماع ميدى

ادرينالين قابض

العلاج الناجع للبواسير الداخلة والخارجة



ومضاعفاتها

البواسير

التشقق

حالة المستقيم ... الخ

طريقة الاستعمال

المرهم - يستعمل فى الصباح والمساء قبل وبعد التبرز

الاقماع - ١-٢ قمع فى الصباح قبل التبرز وفى المساء عند النوم

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (١٧ E)

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولا يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Asso ciation Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largee ment distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquen que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الثانى فبراير ١٩٢٥ FEBRUARY 1925 السنة الثامنة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

« الاعلانات »
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الفهرس

... بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثانى | فبراير سنة ١٩٢٥ | السنة الثامنة

الاسهال المزمن

من حيث التشخيص والعلاج

محاضرة

القاها فى الجلسة العلمية الرابعة والعشرين للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الدكتور عزيز عبد المجيد

سأتكلم على موضوعى هذا من الوجهة الاكلينيكية بنوع أخص والاكلينيك فى الحقيقة اهم فرع من فروع الطب لان عليه يتوقف التشخيص بالطرق السهلة فالعلاج فشفاء المريض الذى هو الغاية القصوى للطبيب فجميع الفروع الاخرى للطب ماهى الاخدام الاكلينيك

الاسهال ماهو فى الحقيقة ونفس الامر الا عارض من العوارض يوجد فى كثير من الامراض ولكن كثرة انتشاره من جهة ومن جهة أخرى شدة تأثيره على المريض تجعل له مكانة قائمة بذاتها تختلف عن العوارض الاخرى ولا سيما فى بلادنا المصرية فالاسهال عندنا وبالاخص فى بلاد الوجه البحرى من الامراض التى تفتك بالفلاحين فتكا ذريعاً فتقتل منهم عدداً وفيراً وتذهب

بصحة العـدد الاوفر وقلما يوجد مرض ينهك القوى ويضعف البنية مثـل الاسهال فاذا جاءنى مريض بلغ به الهزال مبلغه حتى صار كانه هيكل عظمى خطر ببالى واحد من ثلاثة : الاسهال — السرطان — الدرن

التعريف — الاسهال هو سرعة مرور المواد فى القنـاة الهضمية وازدياد مائيتهـا وسأترك من موضوعى اسهال الاطفال فهو مرض قائم بذاته من جهة ومن جهة أخرى فهو عادة ليس بمزمن وسأحصر كلامى فى اسهال الكبار الذى يبقى مدة طويلة أو تتكرر عودته بعد شفائه. الدوسنتاريا الحادة لاتدخل فى هذا التعريف لان كثرة نوبات التبرز ليست مسببة من سرعة مرور المواد فى القناة الهضمية بل من تجمع المواد المخاطية والدموية بحيث أن المواد البرازية نفسها تمر فى الحقيقة ببطء فاذا انعمنا النظر وجدنا الدوسنتاريا الحادة تكون فى الغالب مصحوبة بامسـاك . ازدياد مائية البراز فى أحوال الاسهال ليست مسببة من ماء الطعام أو الشراب بل من ازدياد افرازات الامعاء الغلاظ أما الماء الذى يؤخذ مع الطعام أو الشراب فتمتصه الامعاء الدقاق وعلى ذلك فشدة المرض فى كل أنواع الاسهال تقريباً تقع على عاتق الامعاء الغلاظ حتى ولو كان مركز المرض فى مكان آخر فالتى تلتهب هى الامعاء الغلاظ وقد أظهر الفحص المتكرر على جملة مرضى بانواع مختلفة من الاسهال أن سرعة مرور غذاء البزموت أو الباريوم من فتحة الباب الى فتحة الاعور هى فى الغالب طبيعة أو تزيد قليـلا جداً على السرعة الطبيعية ولم يشاهد مطلقا أن سرعة مرور الاغذية فى الامعاء الدقاق كانت الى درجة تمنع الامتصاص فالامتصاص يحصل دائما على قدر درجة الهضم الذى تم ولولا ذلك لكان الاسهال من الامراض التى لا تلبث زمنا طويلا بل لقضى على المريض فى مدة تقاس بالايام لا بالاسابيع ولا الشهور

الاسباب — يمكن تقسيم أسباب الاسهال أو بعبارة أخرى الامراض التى يصحبها الاسهال الى ثلاثه أقسام عظمى (١) التهابية (٢) هضمية (٣)

عصبية . فالاحوال الالتهابية تشمل جميع الامراض التى يكون السبب الاساسى للاسهال فيها التهاب فى الامعاء مثل البلهارسيا والدوسنتاريا المزمنة والدرن والسرطان والطفيليات المعوية والتهاب القولون الغير نوعى والمرض النشوى Amyloid Disease والبواسير والنواسير الشرجية والتسمم المزمن ببعض الجواهر الكيمائية مثل الزرنيخ وغير ذلك . أما الهضمية فتشمل عدم ملاءمة بعض المأكولات أو ماء الشرب وعدم كفاءة البنكرياس أو الكبد الى آخره أما العصبية فمنها الاسهال العصبى وربما أضفنا الى هذا النوع أحوال ازدياد افراز الغدة الدرقيـة (داء بيسدو) واسهال الشيخوخة أيضاً . هذا التقسيم لا بأس به من الجهـة العلمية ولـكن من الجهة الاكلينيكية ربما كان أفضل منـه التقسيم المترتب على مركز الآفة الاساسية المسببة للاسهال لان ذلك مما يسهل الوصول الى التشخيص فلنبدأ مثلا بالقناة الهضمية نفسها فقد يكون الاسهال مترتبـاً على مرض فى المعدة أو الامعاء الدقاق أو الامعاء الغلاظ أو المستقيم أو الشرج ثم قد يكون مسبباً عن آفة فى احدى الغدد المتصلة بالقناة الهضمية مثل البنكرياس أو الكبد أو حويصلة المرارة أو من مرض فى الغدد والاوعية اللمفاوية فى المساريقا ثم قد يكون السبب مرضاً عاماً مثل البلاجرا أو داء برايت أو الدرن الرئوى فى أواخر درجاته أو المرض النشوى أو أمراض الغـدد اللاقنـاة لها ثم الاسهال العصبى الذى لا يدخل تحت أى نوع من الانواع المتقدمة

وسأشرح بالاختصار أنواع الاسهال مستنداً على هذا التقسيم الاخير

الاسهال المسبب عن أمراض المعدة — هـذا النوع ليس بكثير الانتشار عندنا مع أن أمراض المعدة كثيرة وكثيرة جداً وبهذه المناسبة قال لى أحد أطباء الاشعة فى المدينة أن ٨٠ ٪ من عمله هو فحص المعدة والسبب فى كون أمراض المعدة عندنا لا تسبب الاسهال الا فى قليل من الاحوال هو أن

مرض المعدة المنتشر فى بلادنا هو ازدياد افراز حامض الكلوريدريك (hyperchlorhydria) أما الذى يسبب الاسهال فهو نقص افراز حامض الكلوريدريك (hyperchlorhydria) لانه فى هذه الحالة يكون البواب مفتوحاً قبل تمام عملية الهضم فتندفع المواد الغذائية الى الامعاء قبل تمام هضمها وذلك لأن وجود حامض الكلوريدريك يسبب بالفعل الانعكاسى انقباضاً للعضلة العاصرة للبواب — علامات هذا النوع من الاسهال : عدد نوبات التبرز لا تكون كثيرة جداً فتبلغ نحو ٣ أو ٤ فى اربعة وعشرين ساعة ويندر أن تصل الى ٦ أو ٨ وتكون غير مصحوبة بألم أو مغص ولا يكون البراز مائياً كثيراً بل ليناً فقط ولونه فاتح ولا يوجد به دم ولا مواد مخاطية مطلقاً وبالفحص الميكروسكوبى لا نجد اختلافاً كبيراً عن الحالة الطبيعية سوى وجود الياف عضلية غير مهضومة ثم ببحث البطن لا نجد سوى الماء فى جهة المعدة وبحث الشرج سلبى ثم توجد طبعاً عند المريض اعراض عسر الهضم من عدم الشهية للأكل والميل للقئ وغير ذلك والعلاج لذلك واضح طبعاً وهو حامض الكلوريدريك المخفف بعد الاكل

وربما دخل تحت هذا النوع الاسهال الذى يعقب عملية اتصال المعدة بالامعاء Gastrs — jujonostomy والسبب فى ذلك سعة فتحة العملية وسرعة مرور الاغذية الى الامعاء قبل تمام هضمها

الاسهال المسبب عن مرض فى الامعاء الدقاق — المهم فى هذا نوع واحد فقط وهو الدرن المعوى وتختلف شدة الاسهال فى هذا المرض على حسب التقرحات المعوية الموجودة ويندر أن يكون فى البراز دم أو مخاط ظاهر للعين المجردة ولكن البحث الكيماوى بواسطة صبغة خشب الانبياء أو البحث بالاسبكتروسكوب قد يظهر وجود الدم ولا صعوبة فى تشخيص هذا المرض فى غالب الاحيان اذ أنه عادة يكون مصحوباً بدرن فى الرئه والبريتون وعند

الشك نلجأ لبحث البراز لاستكشاف باسيلس الدرن فيه والعلاج فى هذه الأحوال ما هو الا مسكن ويلاحظ الامتناع عن اعطاء زيت السمك والأغذية الدهنية لأن ذلك مما يزيد شدة الاسهال

الاسهال المسبب عن أمراض فى الأمعاء الغلاظ — هذا هو القسم الأهم من الأمراض المسببة للاسهال وسأتكلم فيه ببعض التفصيل فيما يختص منه ببلادنا وبغاية الاختصار فيما سوى ذلك فمن أهم أسباب الاسهال فى هذا القسم الدوسنتاريا المزمنة بقسميها ولكن النوع الاميبى يفوق زميله النوع الباسيلى بكثير من حيث انتشاره ولا سيما فى بلادنا والعلامات الشخصية Subjective واحدة للمرضين فالاسهال يكون مصحوباً بكمية واضحة من المواد المخاطية أما الدم فيختلف كثرة وقلة على حسب درجة شدة التقرحات التى تكون موجودة وكذلك عدد نوبات التبرز والحالة العامة للمريض تترتب على الاكثر على مدة الزمن الذى مكثه الاسهال وقد يكون هناك اختلاف بين النوعين فى تاريخ مبدأ المرض ففى النوع الباسيلى تعقب الحالة المزمنة حالة حادة جداً وفى النوع الاميبى قد لا نجد مبدأ حاداً واضحاً ولكن لذلك شواذ كثيرة ولا يمكن تشخيص النوع بشىء من الدقة بدون وسائل أخرى كما سيجىء الكلام فالميكروسكوب فى الدرجة الاولى من الأهمية فى هذا الموضوع فاذا وجدنا الاميبا المحللة للأنسجة Hystolitica أو اكياسها Cysts عرفنا النوع فى الحال وبدأنا بحقن الامتين أما اذا لم نجد فلا يؤخذن هذا دليلا على أن الحالة ليست أميبية بمعنى أن النتيجة الايجابية ذات قيمة كبيرة وأما النتيجة السلبية فلا قيمة لها كما هو الحال فى كثير من الابحاث الطبية ولا بأس من اعطاء الامتين فى الحالات السلبية فقد شوهدت أحوال كثيرة أفادها الامتين فائدة عظمى بدون أن توجد الاميبا فى البراز وقد استعمل الامتين كأداة للتشخيص أما بحث البراز بكتريولوجيا للعثور على باسيلس شيجا أو فليكسنر أو مورجان فى أحوال الدوسنتاريا المزمنة الباسيلية فقلما

أتى بنتيجة ايجابيـة لانه كما هو معلوم يصعب وجود باسـيل الدوسنتاريا فى الاحوال الباسيلية الحادة فوجوده فى الاحوال المزمنـة نادر جداً وعلى ذلك لا يمكننا الارتكان عليه

ولـكن عندنا طريقة أخرى تساعدنا كثيراً على التشخيص بين النوعين الا وهى منظار القولون السينى Sygmoidoscope وهذه آلة بسيطة للغـاية واستعمالها سهل وبهـا نرى تقرحات القولون رأى العيان ومن ذلك نعرف فى أغلب الاحيان نوعها ففى الدوسنتاريا الاميبية تكون التقرحات صغيرة ومنتظمة الشكل مستديرة أو بيضاوية وعميقة وفى ترتيب وضعها رأسية وكأنها خراريج صـغيرة تكونت تحت الغشاء المخاطى وانفجرت والغشاء المخـاطى بين تلك التقرحات سليم وفى شكله الطبيعى أما التقرحات فى الدوسنتاريا الباسيليـة فكبيرة وغير منتظمة الشكل وسطحية أى غير عميقة وأفقيـة وتتبع طيات الغشاء المخاطى وتكون فى مرتفعات هذه الطيات . والغشاء بين التقرحات ملتهب متورم يدمى بسهولة هذا والفكر العام الآن متجه الى تشخيص حالات التهابات القولون النوعية مثل اسهال السجون والبيمارستانات jail & Asylum Dearrhaeas والتهاب القولون المخاطى Catarrhal Colitis كلهـا من نوع الدوسنتاريا الباسيلية المزمنة أما من جهة العلاج فالنوع الباسيلى من أصعب الامراض فلا يوجد عندنا علاج نوعى شاف فحقن المصل المضاد للدوسنتاريا لا فائدة منها البتة والعلاج كله مخفف Palliative فأول ما يجب الالتفات اليه الغذاء الذى يلزم أن يكون سهل الهضم خاليا من المواد المهيجة الغشاء المخاطى للامعاء ولا يترك بقايا كثيرة مثال ذلك العجاين النشوية ومرق اللحم ومربات الفواكه أو الفواكه المطبوخة وعند الامكان العنب Cure de raisin ويستحسن من وقت لآخر تغيير الطعام من سائل الى نصف متجمد ثانيـاً الحقن الشرجية بالمحاليل القابضة مثل املاح الفضة ويجب ملاحظة اتباع الطريقة الآتية عن استعمالها والا ضاعت الفائدة المطلوبة : —

يعطى للمريض غذاء سائل فقط ثم مقدار قليل من زيت الخروع لتنظيف الامعاء ثم تعطى حقنة شرجية كبرى من لتر ونصف الى لترين من الماء الفاتر المضاف اليه قليل من بيكربونات الصودا (من ٥ الى ٧ جرام) لاذابة المواد المخاطية ثم بعد ذلك توضع أنبوبة واسعة من الكاوتشوك مدهونة جيداً بالفازلين فى الشرج وندخلها فى المستقيم الى أقصى ما يمكن والمريض فى الوضع المرفقى الركبى Knee—elbow position ثم نضع قمعاً فى الانبوبة الشرجية ونصب فى القمع الذى يكون على ارتفاع قليل جداً نحو لتر ونصف من محلول نترات الفضة بنسبة ١/٣٠٠٠ الى ١/١٠٠٠ ويجب أن يكون المحلول فاترا أى حوالى درجة ٣٨° س فاذا حصل تحسن على هذه العملية تعاد كل ٣ أو ٤ أيام ولكن اذا حصل ازدياد فى المرض فلا داع للمثابرة والاستمرار وقد يستعمل البعض بدل نترات الفضة البروتارجول بنسبة ½ الى ١ فى المائة أو الأرجيرول بذات النسبة أيضاً وفوائد املاح الفضة عل هذه الطريقة مثبوتة على أساس علمى فقد أثبت روجرس أن لاملاح الفضة مفعولا خاصاً قاتلا على باسيل الدوسنتاريا وقد استعملت محاليل أخرى بنفس الطريقة مثال ذلك محلول حمض البوريك ٥ فى الالف ومحلول كبريتات النحاس ١ فى الالف ومحلول الشبه ١ فى الالف ومحلول حمض التنيك ٥ فى الالف وغيرها وكذلك زيت الزيتون النقى واليوزول وعلى أى حال يجب ملاحظة جعل المريض فى الوضع المرفقى الركبى وادخال المحاليل ببطء شديد وبدرجة حرارة جسم المريض تقريباً وان لا تقل الكمية عن لتر فى المرة وقد يحدث ألم شديد بعد الحقن بساعة أو ساعتين ولكن لا يكونن هذا عائقاً عن استمرار العلاج اذا ظهر التحسن

ثم قد دلت التجارب عل أن دلك البطن بواسطة مدلك متمرن قد يفيد كثيراً فى بعض الاحوال ويجب أن يكون الدلك على اتجاه الحركات الديدانية للامعاء

أما من جهة العقاقير التى تعطى من الفم فاستعمال منقوع السيماروبا قد

يفيـد كثيراً ويجوز أيضـاً استعماله من الشرج ثم لا بأس من تجربة أقراص الخسام Khosam وهو نبات أصله من بلاد صوماتره

هذا وقد استعملوا طعم Vaccine بميكروبات الدوسنتاريا بأنواعها (شيجا وفلكسنر ومورجان) ولكن الفائدة مشكوك فيها

وقد استعمل البعض العلاج الجراحى مثل عمل شرج صناعى فى الاعور أو الزائده الدودية Appendi costomy, Caecostomy وغسل الامعـاء من هذه الفتحات وبعد مضى نحو ٣ شهور تقريباً أى بعد أن تكون الامعاء الغلاظ أخذت الراحة الكافية تعمل عملية أخرى لسـد هذه الفتحات ولا نلجأ طبعاً الى هذه الطرق الا بعد عدم نجاح جميع الطرق الطبية

نرجع الآن الى طرق علاج النوع الاميبى من الدوسنتاريا المزمنة فأول ما يتبادر الى الذهن هو طبعاً الأمتين وهذا كما هومعلوم قلوى من نبات عرق الذهب وهو نبات أصله من بلاد البرازيل واستعمال عرق الذهب فى الدوسنتاريا معروف من قديم الزمان غير أن استعمال الامتين حديث والفضل فى ذلك راجع الى روجرس البحاثة الانجليزى فى بلاد الهند وليس من المفهوم جيداً كيف يشفى الامتين الدوسنتاريا فى الانسان اذ لا تأثير لهذا الدواء على الاميبا المحللة للانسجة فى عدوى القطط ولا يؤثر على اكياس الاميبا الا قليلا ولذا قد اكتشفوا ما هو أشد مفعولا على الاكياس وهويودور الأمتين والبزموت يعطى من الفم ثم أنهـم استعملوا ولا سيما الفرنساويين منهم مركبات الزرنيخ العضوية مثل السلفرسان والنيوسلفرسان بواسطة حقن الوريد ثم النارسنول والستوفارسول من الفم

أما الامتين فيعطى محلولا بالماء المقطر حقنـا تحت الجلد (وقد استعمله بعضهم حقنا فى الوريد) من ٠و٠٤ — ٠و٠٨ سنتى جرامات يومياً و بعض الاطباء قال باعطائه لغاية ٠و١٢ أو حتى ٠و٢٠ بلا ضرر فى الأحوال المستعصية ويجب

ملاحظة عدم تجاوز ٠٫٨٠ فى المجموع بشكل مستمر مهما يكن المقدار اليومى وذلك لأن للامتين تأثيراً تراكميا (Cumulative) مثل الديجتالا

وربما أحدث تأثيراً سيئاً مثل نقص الضغط الدموى (Hypotension) وعدم انتظام ضربات القلب وضعف شديد وشبه شلل (Paresis) فى عضلات الاطراف وهزال سريع

وقد لاحظت أغلب هذه العلامات فى حالة دوسنتاريا باسيليه حادة أعطى فيها الأمتين بمقادير كبيرة لمدة طويلة وطبعاً بلا فائدة

وحتى فى حالات الدوسنتاريا الاميبيه لا يرجى فائدة من المقادير الكبرى اذا لم تفد المقادير المعتدلة وعندئذ بدلا من المكابرة والتمادى فى اعطاء الامتين يستحسن استعمال العلاجات الاخرى مثل يودور الامتين والبزموت ومثل السلفرسان وغيره

وتأثير الامتين فى الاحوال الحادة مدهش للغاية ولكنه فى الاحوال المزمنة أقل من ذلك بكثير ولذا يستحسن استعماله مع العلاجات الاخرى من أول الامر

وقد وجدوا أن النظام الآتى يفيد كثيراً فى الدوسنتاريا الاميبيه المزمنة ولا بأس من استعماله أيضاً فى الاحوال التى لم يثبت تشخيصها بصفة قاطعة قبل الالتجاء الى الوسائل المذكورة آنفاً من حقن شرجية وخلافها

وهذا هو النظام cure الذى يشير به رافو Ravant : — يعطى المريض ٤ حقن وريديه من نيوسلفرسان بمقدار ٠٫٣٠ سنتى جرام كل ٤ أيام واحدة وفى الثلاثة أيام التى بين كل حقنة نيوسلفرسان واختها يعطى يومياً حقنة أمتين بمقادير متزايدة أربعة سنتى جرام فسته فثمانية وبذلك يكون أخذ المريض ٩ حقن أمتين ثم بعد ذلك يستمر فى أعطاء النيو سلفرسان وحده الى أن يتم اعطاء ٧ حقن منها ومن بعد ذلك يستأنف الامتين على حسب الطريقة الاولى

الى أن يتم المريض أخذ ٩ حقن أخرى من الأمتين مع استمرار النيوسلفرسان وعلى ذلك فى مدة ٤٠ يوماً يكون أخذ المريض ١٠ حقن نيوسلفرسان بمقدار ٠٫٣٠ و ١٨ حقنة امتين بمقادير من ٠٫٠٤ — ٠٫٠٨ وهذا النظام سهل الاحتمال عند البالغين الخالين من أمراض الكليتين وطبعاً للطبيب أن يزيد هذه المقادير أو ينقصها على حسب تحمل كل حالة . هذا هو نظام التطهير Cure de Blan-chissement ولكن لا يجب أن يحدد الطبيب نفسه بهذا النظام بحيث لا يتعداه بل يمكنه عمل غيره وغيره بعد راحة شهر بين كل واحد وآخر أو أقل من شهر اذا عاد ظهور شىء من أعراض المرض بعد اختفائها .

ولكن لا يندر وجود حالات لا تختفى فيها الاميبا حتى بعد استعمال هذه الطرق الشديدة فقد تظهر بشكلها العادى وقد تظهر بشكل اكياس Cysts وهذا مما يجعل المريض فى خطر ظهور مرض الاميبا amaebiasis عليه أما بشكله المعوى (اسهال) أو بشكله الكبدى (التهاب أو خراج فى الكبد) ولا يقتصر الامر على ذلك بل يتعدى الى الغير بحيث يصير المريض خطراً على من حوله فسواء كانت أعراض أو لم تكن فهو كالمدفع الرشاش يرش العدوى اينما حل

ففى هذه الحالات يجب استعمال يودور الامتين والبزموت من الفم وكذلك مركبات الزرنيخ العضوية من الفم أيضاً مثل النارسنول والستو فارسول أو النيوسلفرسان نفسه بشكل حبوب محاطة بالكيراتين لكى لا تذوب الا فى الامعاء ويشير رافو Ravaut أن نتبع الطريقة الآتية . يعطى المريض يوما ٣ أقراص من يودور الامتين والبزموت كل قرص من ٠٫٠٢ — ٠٫٠٦ وفى اليوم التالى أقراص النيوسلفرسان بنفس المقادير وهكذا على التوالى مع استمرار بحث البراز مرات متكررة بلا ملل الى أن تجىء النتيجة سلبية فى ٣ أو ٤ أبحاث متوالية متباعدة عن بعضها فى أوقات يكون المريض فيها منقطعاً عن العلاج

البلهارسيا المعوية : من أهم أسباب الاسهال المزمن فى بلادنا وقد سماها بعضهم الدوسنتاريا البلهارسيه فبويضات دودة البلهارسـيا قد توجد فى أى مكان من جدار الامعاء ابتداء من الجزء السفلى من الامعاء الدقاق Ileum الى الشرج ولكن بلهارسـيا المستقيم هى الاكثر انتشاراً فتجمع البويضات فى الانسجة مهما يكون مركزها يكون أوراما حلمية وبعد ذلك تقع تلك الاورام وتترك مكانها قرحة فى الغشاء المخاطى ومن شكل تلك التقرحات نشـأ اسم (الدوسنتاريا البلهارسيه) وفى الاحوال الاكثر ازمانا نجد جدران القولون أو المستقيم تيبس وتثخن وقد يحدث من ذلك ضيق فى قناة الامعاء ومما يزيد هذا الضيق وجود الاورام الحلمية فيحصل عسر فى التبرز ولكثرة انتشـار حدوث ذلك بين فلاحى قطرنا تكونت له كلمة عاميه وهى (السده)

والاسهال فى هذه الاحوال يكون مصحوباً بدم ومخاط وصديد ولكن هذه تكون بشكل مختلف عن حالات الدوسنتاريا بحيث يسهل معرفتها على من رآها حتى ولو كان بلا معارف علمية وأتذكر ان أحد أساتذة قصر العينى كان معتاداً أن يسأل الباشتمورجى عن براز المريض هل هو (زى البلهارسيا والا زى الدوسنتاريا) واليكم تفصيل الفرق على وجه عام . فى الدوسنتاريا يكون الدم والمخاط مختلطين بالبراز اختلاطاً كبيراً أما فى البلهارسـيا فنزول الدم والمخاط يعقب نزول البراز الذى ينزل أولا خال منها ويعقبه بعـد ذلك نزول الدم والمخاط بتعنية شديدة وبذلك يظهر الدم والمخاط ككتلة قائمة بذاتها فوق المواد البرازية وهذا يشبه ما يحصل فى بلهارسيا المثانة فالدم يعقب نزول البول

ولكن الواسطة العظمى فى التشخيص هى بالطبع الميكروسكوب التى ترينا بدون كبير عناء بويضات البلهارسيا مانسونى ذات الشوكة الجانبية ثم منظار القولون السينى Sygmoidoscope ذو فائدة كبرى اذ به نرى الاورام الحلمية البلهارسية

أما طريقة العلاج فبحقن الطرطير المقىء الوريدية ولكن هذه ليست

بذات المفعول الاكبر الذى نجده فى أحوال بلهارسيا المثانة وربما كان السبب فى ذلك التغيرات العضوية التى تظهر فى الاحوال المعوية حيث لا تأثير للطرطير المقيء عليها

وفى هذه الاحوال قد تفيد العلاجات التى ذكرت فى موضوع الدوسنتاريا الباسيلية المزمنة

ثم عندنا الطرق الجراحية كقطع الاورام الحلمية اذا كانت قريبة مثلا وقد تلزم الحالة الى الالتجاء الى عملية فتح البطن وقطع الجزء المتورم الضيق من القولون Intestinal Resetion

سرطان الامعاء : ومن أمراض الامعاء الغلاظ التى قد تسبب اسهالا مزمناً السرطان فهناك بعض أحوال أورام سرطانية تسبب تقرحات ينتج عنها اسهال مصحوب بدم ومخاط وصديد ففى هذه الاحوال يكون المريض غالباً متقدماً فى السن أى فوق الخامسة والاربعين وفى حالة ضعف عام وهزال شديد جداً لأن السرطان فى الامعاء أشد تأثيراً على بنية المريض منه فى أية جهة أخرى من الجسم وقد يمكن جس الورم من البطن والبحث بمنظار القولون السينى قد يدلنا على الحقيقة فى كثير من الاحوال الغامضة وكذلك البحث باشعة رونتجن ولكن لا يغيب عنا أنه لا قيمة لنتيجة سلبية

زهرى الامعاء : قد يسبب الاسهال المزمن من تقرحات فى الغشاء المخاطى وهذا وان يكن نادراً غير أنه لا يحسن نسيانه ويمكن الوصول الى تشخيصه بعدم وجود الامراض الاخرى المذكورة ثم بوجود تاريخ الزهرى عند المريض وبحث الدم بفاسرمان والعلاج طبعاً أمره مفهوم ويحسن أن لا يغيب الزهرى عن ذهننا فى تشخيص أى حالة غامضة فقد سموه المقلد العظيم

هذا وقد يتسبب الاسهال من أحوال أخرى فى الامعاء الغلاظ مثل كثرة الديدان المعوية والطفيليات الاخرى مثل اللامبليا Lamblia والتريكوموناس

وغيرها . ثم يوجد أيضاً نوع من الاسهال الكاذب يحصل بين آن وآخر فى أحوال الامساك المزمن المستعصى وذلك ينشأ من التهـابات أو تقرحات فى الغشاء المخاطى نتيجة وجود مواد برازية متحجرة تتجمع وتبقى أزماناً طويلة وتشخيص كل هذه الاحوال سهل متى كان امكان حدوثها حاضراً فى ذاكرتنا ويسهل العلاج متى عرف التشخيص

ثم أن التهاب الزائدة الدودية المزمن قد يكون سبباً فى الاسهال . واذكر حالة شاب موظف كانت تحصل له نوبات اسهال بمغص من وقت لآخر وكان يتبع نظاماً دقيقاً فى الاكل مدات طويلة حتى هزل وقد جربت معه الامتين والنيوسلفرسان ويودور البزموت والامتين والحقن الشرجية المختلفة الانواع ومطهرات الامعـاء من الفم مثل الديمول Dimol ثم القوابض مثل البزموت والافيون كل ذلك بلا نتيجة أو بنتيجة وقتية جداً وكان فحص البطن المتكرر لا يدل على شىء مطلقاً وكذلك فحص البراز وأخيراً شككت فى أمر الزائدة الدودية وأرسلته الى أحد الجراحين لأخذ رأيه فى ذلك فكان الجواب سلبياً وأخيراً ذهب المريض الى جراح آخر فأشار عليـه بعمل عملية فتح بطن ولو للاستقصاء وفعلا عملت العملية ووجد التهـاب مزمن مع سماكة شديدة والتصـاقات فى الزائدة واستئصلت وشفى المريض وهو الآن فى صحة تامة ولم يعاوده الاسهال مرة واحدة وقد مضى على العملية اكثر من عامين

اندمج فى كلامى الماضى عن أمراض الامعاء الغلاظ أمراض المستقيم وهذا طبيعى فالأمراض التى تصيب هذه تصيب ذاك وعليـه لم يبق لى ما أقوله عنه

أما فى أمراض الشرج فنجد فيه التشقق والبواسير والنواسير والسقوط فهذه كلها قد تسبب الاسهال المزمن مع تعنى شديد ولذلك لا يجب أن ندع حالة اسهال تمر علينا من دون أن نبحث الشرج

أما أمراض الغـدد المتصلة بالقناة الهضمية التى قد تسبب الاسهال فمنها أمراض البنكرياس كالتهاب البنكرياس وسرطانه وحصواته ولكنها على العموم نادرة والبراز فى هذه الحالات يحتوى على كمية عظمى من المواد الدهنية ومن الياف عضلية غير مهضومة ولا يلجأ الطبيب عادة الى مثل هذا التشخيص الا اذا نفى وجود الاسباب الاخرى الاكثر شيوعا بأدق أنواع الابحاث وبوجود العـلامات الاخرى التى تصحب هذه الاحوال وقد يوجد السكر فى البول فى هذه الحالات أحياناً

ثم فيما يختص بالكبد فاحتقانه الذى ينشأ عن بطء الدورة البابية قد يسبب الاسهال أحيـانا كما يحصل فى بعض أمراض القلب وكذلك فى أحوال تشمع الكبد Cirrhoris وفى هذه الحالات لا يجب أن نوقف الاسهال حالا بل يجب تركه وقتاً ما لان وجوده قد يفيـد أى أنه عبارة عن صمامة النجاة ثم التهاب حويصلة المرارة ووجود حصوات فيها قد يكون سبباً للاسهال المزمن واذكر حالة سـيدة مصرية يبلغ عمرها نحو الثلاثين أتت الى تشكو من ألم فى جهـة المعـدة ويتشعع الى الظهر مع عسر هضم شديد مع حدوث نوبات اسهال من وقت لآخر وذلك من مدة نحو خمس سنوات وقد استعملت لها كما استعمل لها غيرى من قبلى جميع الادوية المعروفة لمرض المعدة وعسر الهضم بلا نتيجة وقد نقص وزنها فى هذه المدة نحو ٢٥ كيلو جرام أى بعد أن كانت ٩٥ صارت ٧٠ كيلو جرام وأخيراً أشرت عليهـا بعمل فحص بأشعة رونتجن وقد أظهر الفحص ما يدعو الى الاشتباه فى وجود حصوات فى كيس المرارة وعملت لها العملية وفعلا وجدت الحصوات وشفيت المريضة بعد ذلك تماماً وزالت عنها كل الاعراض بما فيها الاسهال

وقد لاحظوا نوعاً من الاسهال المزمن مسبباً عن درن فى الغدد اللمفاوية فى المساريقا بدون وجود تقرحات درنية فى الامعاء والسبب فى ذلك أن التهاب الغدد اللمفاوية يمنع امتصاص الخلاصات الغذائية (الـكيلوس Chyle)

وهذا النوع من الاسهال نادر الحصول ولا يزال تفسيره من قبيل النظريات

أما الامراض العامة التى تسبب الاسهال المرضى فمنها الدرن الرئوى المتقدم بدون تقرحات درنية فى الامعاء وربما كان سببه ازدراد البصاق الذى يحتوى على كثير من باسيل كوخ وتشخيص هذه الاحوال هو بمكان عظيم من السهولة ويلاحظ فى العلاج الامتناع عن زيت كبد الحوت كما سبق ذكرنا فى أحوال درن الامعاء وقد وجد لمركبات الافيون تأثير نافع فى هذه الاحوال

ثم البلاجرا . فالاسهال من العوارض الرئيسية فى هذا المرض المنتشر فى بلادنا أنتشاراً كبيراً ولاداع لأن أدخل فى النظريات التى ظهرت حديثاً فى أسباب البلاجرا ولا يصعب التشخيص مع وجود باقى علامات هذا المرض من طفح جلدى وخلافه

ثم فى بعض أحوال الالتهاب الكلوى (داء برايت) قد يحصل أسهال شديد وكذلك فى فقر الدم (اينميا) المتقدم مثل الانيميا الخبيثة (Pernictous anemia) وأيضاً فى كثير من الامراض المزمنة المنهكة للقوى فى أواخر أدوارها على وجه عام

وقد شاهد الدكتور عبد العزيز اسماعيل بعض حالات اسهال نتيجة ملاريا وشفيت بشفاء الملاريا بالكنين

ثم فى الشيخوخة فكثير من الشيوخ الذين شبعوا من الايام تجىء نهايتهم بشكل أسهال مستعص

ثم لا يفوتنا أن نذكر مرضاً عاماً يكون الاسهال من عوارضه الهامة الا وهو الداء النشوى أو الداء الشحمى Amyloid or Lardaceous Disease وهو الذى ينتج فى الأحوال الصديديه المزمنة وهذه كما هو معلوم تكون مصحوبة بما يقال عنه الكليه الشحميه أو النشوية التى علامتها وجود الزلال بكميات عظيمة جداً مع ازدياد عظيم فى كمية بول الاربعة وعشرين ساعة

كذلك فى أحوال التسمم المزمن بالجواهر المعدنية مثل الزرنيخ والزئبق قد يكون أسهالا عظيما

وقد ورد فى الطب الشرعى أحوال جنائية حصل فيها القتل باعطاء كميات ضئيلة مدة طويلة وصارت الحالة كأنها مرضية لا جنائية

ثم فى بعض أمراض الغدد اللاقناة لها Ductless glands قد يحصل الاسهال فمعروف أن داء بيزدو Basedow's Disease أو الجواتر الجحوظى يكون فى كثير من الأحيان مصحوبا باسهال وكذلك اذكر حالة بنت يبلغ عمرها نحو العشرين سنة كان يحصل لها عسر حيض شديد لم يظهر له سبب عضوى وكان يعترى المريضة اسهال شديد يبتدئ قبل نزول الحيض بيوم واحد ويستمر طول مدة الحيض ولما لم تنتج الطرق العادية فى علاج عسر الطمث عنـدها . ظننت أنه ربما كان السبب اختلاف فى افراز المبيض الداخلى فوضعت لها أقراص خلاصة المبيض فتحسن عسر الطمث وتحسن الاسهال معه ففى هذه الحالة ربما كان اختلاف الاسهال الداخلى للمبيض سبباً فى حصول الاسهال

بقى علينا النوع الاخير من الاسهال وهو الاسهال العصبى فقد قالوا بوجود الاسهال فى بعض الامراض العصبية العضوية مثل هزال النخاع الشوكى Tabes Dorsalis ولكن ذلك نادر جداً وبعض البحاثه لم يسـلم به أما فى الامراض العصبية الوظيفيه فكلنا نعلم أن ذلك كثير الشيوع فكثير من تلاميذ المدارس يحصل لهم الاسهال فى أيام الامتحان وطالبى الاستخدام فى أيام الكشف الطبى عليهم

وأعرف شخصاً لا يتعرض للبرد الا ويظهر عنده أسهال وبعبارة أخرى لما يصيبه برد بدل أن يظهر عليه زكام مثلا يحصل له أسهال ولست أدرى هل يعتبر هذا من النوع العصبى أو أن التعرض للبرد يسبب احتقاناً انعكاسياً فى غشاء الامعاء

بقى علينا كلمتان فى طرق فحص المريض للوصول الى التشخيص الصحيح وبالتالى الى العلاج المفيد فأول ما يجب عمله بعد معرفة تاريخ المرض تفصيلا وبعد فحص البطن هو فحص الشرج ورؤية البراز فهذين العملين على بساطتهما

قد يضعان التشخيص والعلاج على الطريق القويم فى الحال فلا يجب ترك حالة اسهال مزمن تمر بدون تأدية هذين الواجبين وفى أغلب الاحيان يجب فحص البراز ميكرسكوبيـاً وكيماويا وقد يلزم فحص دم المريض ثم الفحص بمنظار القولون السينى قد يؤدى الى فوائد جمة فى التشخيص

ثم اعطاء برشامة فحم نباتى وملاحظة الوقت الذى يمضى الى أن يظهر البراز ملوناً بالاسود فقد يعطينا معلومات قيمة بطريقة غاية فى السهولة

ثم قد نلجأ فى بعض الاحوال الى تحليل العصارة المعدية لمعرفة حامض الكلوريدريك بها

ولا ننسى فحص البول طبعاً ثم فحص الاشعة وهو (المودة) فى هذه الايام قد يدلنا على كثير من الاحوال يكون التشخيص فيها مستحيلا بدونه

هذا وقد اعتمدت فى تحضير هذه المحاضرة على مشاهداتى الشخصية وعلى بعض كتب Traitè de pathologie, Savill's Systsm of Medicine

Medicale de Thérapeutque appliquée تأليف Emille Sergent

Byam and the practice of Tropical Medecine,

تأليف Archibald وكذلك بعض مجلات The Lancet

The Practitioner, La Presse Mèdicale

الاختلافات المتعـددة

فى أعراض التهاب الزائدة الدودية

م . ع . يبلغ من العمر ٣٢ سـنة حضر لزيارتى وكان يشكو من نوبات متكررة لألم الجنبين والمغص الـكلوى مصحوبا بألم عند التبول يعقبه ظهور نقط دموية عقب البول . وبفحص البول وجد محتويا على زلال بكمية كبيرة

وبفحصه ميكرسكوبيا وجدت به بويضات البلهارسيا فأجريت علاجه بواسطة الحقن فى الوريد بالطرطير المقئ وكان من نتيجة هذا العلاج ان شفى المريض شفاء تاماً وزالت أعراض البلهارسيا فضلا عن انعدام وجود الزلال فى البول وذلك فى يوم ٤ سبتمبر الماضى . وفى يوم ١٨ سبتمبر حضر لزيارتى وكان يشكو ألما بالجنب الايمن ومغصا ضعيفا بالبطن . ولاعتقادى أن هذا المغص هو مغص كلوى لسابق عهد المريض به فلم أفحص الحالة وأشرت عليه بتعاطى مسهل وأمرته باستعمال ملح أرثرى (Arthri Sel) وأضافته على الماء للشرب وأن يتعاطى اللبن فقط كغذاء لمدة يومين فعاد بعد ثلاثة أيام شاكيا بأن المغص قد اشتدت وطأته وأنه قد تقايأ مرتين فضلا عن كثرة التبول بألم كاو بمجرى البول ففحصته فحصا دقيقا فوجدت لسانه متسخا ومغطى بطبقة بيضاء قذرة وكان النبض ١١٠ فى الدقيقة ودرجة الحرارة ٣٨½° بمقياس سنتيجراد ولاحظت أن المريض يتألم عند الضغط على موضع الكلية اليمنى وكذا عند الضغط فى منطقة الحفرة الحرقفية اليمنى (Right Sliac fossa) ولاحظت أن الفخذ الايمن منكمشا الى أعلى وبالضغط على باقى مناطق التجويف البطنى لم يلاحظ من المريض تألم مطلقا . وقد أجريت فحص البول فوجدته خاليا من الزلال والدم والصديد فرجحت بل أكدت أن الحالة ليست سوى التهاب بالزائدة الدودية فأمرته بالاضطجاع فى الموضع المعروف بوضع فولر (Fowler's Position) واستعمال رفاضات ساخنة على موضع الالم وأن يكون الغذاء قاصرا على تعاطى قليل من اللبن ممزوجا بماء الفيشى فقط والاخلاد الى الراحة المطلقة وعدم الاتيان بحركات غير مرغوب فيها ثم أخذت درجة حرارته فى الصباح فوجدتها ٣٨ وكانت بعد الظهر ٣٩ ثم زادت فى المساء الى ٣٩½ وكان النبض ١١٠ فى الدقيقة وفى يوم ٢٢ سبتمبر طرأ عليه اسهال وكان عدد مرات التبرز كثيراً وكانت رائحته كريهة ومشابهة للبراز فى أحوال الحمى التيفودية مما دعانى الى الاشتباه فى احتمال أن يكون مصاباً بهذه الحمى وقد ساعد على

هذا الاشـتباه عدم وجود ألم بالبطن الا فى منطقة الأعور Caecum كما هو الحال غالباً فى حمى التيفود ولـكن بعـد مضى يومين اشتدت حالة المغص بالبطن ولم يظهر الطفح الجلدى الذى يظهر عادة فى حالة الاصابة بحمى التيفود وأخيراً قررت فحص الشرج بالاصبع فلاحظت أن المريض يتألم بشدة من الجهة اليمنى . فقر رأيى نهائياً على اجراءعملية استئصال الزائدة الدودية وقدساعدنى فى اجرائها حضرة الدكتور محمد افندى كامل توفيق مفتش مركز ايتاى البارود وأجرينا العملية على الطريقة المعروفة بطريقة (Mc. Burney Grid iron) وحشونا تجويف البطن بالشاش المعقم خشية من تسرب الصـديد الى داخل التجويف وتلوث الغشاء البريتونى وقد لا حظنا أن الزائدة الدودية والاعور (Caecum) مندمج بعضها فى بعض . وبوضع أصبعى خلف الاعور خرج صديد بكمية غزيرة ذو رائحة كريهة للغاية فازلنـا جميع الصديد الموجود ووجدنا أنه من المتعسراستئصال الزائدة الدودية لـكثرة الالتصاقاتالموجودة Adhesions وخشية من تسرب الصديد الى البريتون. ثم حشونا مكان الخراج بالشاش المعقم ووضعنا انبوبة من الكوتشوك داخل التجويف وعندما أفاق المريض وضعناه فى وضع فولر (Fowler's position) وعملت له حقنةشرجية بمحلول الملح المعقم (Rectal Saline)

وقد لوحظ أن حرارته كانت عادية فى اليوم التالىلاجراء العملية والنبض ٩٠ فى الدقيقة وقد زال المغص الذى كان يشكو منـه وعلى العموم فقد كانت حالته تدل على التحسن المحسوس المضطرد ولـكنه فى المساء كان يشكو من ألم شديد ومغص فأمرت بعمل حقنة شرجية بالصابون والماء الدافىء مضافا اليـه ٣٠ جرام من زيت التربنتينا ووصفت له تعاطى خمس قمحات كالومل كل ساعة قمحة واحدة نخفت وطأة الألم فى اليوم الثانى وفى المساء عاد المغص كما حدث فى الليلة السابقة فعملت له حقنة شرجية أخرى وقد لاحظت أن المغص يزول بالنهار ويعتريه اثناء الليـل فأمرت باعطائه مسحوقا مركبا من الـكالومل

والسانتونين وقد وجد فى برازه عقب ذلك سبعة ديدان من نوع الاسكارى (Ascanris) ولحسن الحظ لم يعد يشكو من المغص مطلقا وقد استمرت المادة الصديدية ذات الرائحة الكريهة تظهر فى الجرح لمدة ثلاثة أسابيع ثم ابتدأت تنقص والتأم الجرح تماما فى يوم ٣ نوفمبر الماضى وحالة المريض الآن على ما يرام .

يلاحظ مما تقدم ذكره أن هذه الحالة تشبه بالضبط

(١) حالات المغص الكلوى ومما يقوى هذا الاحتمال أن المريض كان يعتريه المغص الكلوى عدة مرات فى السنة

(٢) وجود أسهال واكتساب المواد البرازية رائحة كريهة يجعل الاشتباه فى أن الحالة احدى حالات الحمى التيفودية أمراً محتملا

ولكن عدم وجود الطفح الجلدى الخاص بالحمى التيفوديه وتألم المريض عند ادخال الاصبع لفحص الشرج يبعدنا عن دائرة اختصاص الحمى التيفودية

وهنا يجمل بنا أن نأتى على ذكر الحالات التى قد يلتبس على الطبيب أمر تشخيصها لتشابه الاعراض باعراض التهاب الزائدة الدودية وأهمها —

(١) الالتهاب الرئوى (Lobar Preumonia) فى مبدأ ظهوره قد يبتدىء فى بعض الاحيان بألم شديد بالجهة اليمنى من البطن وعلى الاخص فى الحرقفية اليمنى (Right sliac fossa) فلاجل الابتعاد عن الوقوع فى خطأ التشخيص خصوصاً عند الاطفال يجب فحص الصدر فحصاً دقيقاً قبل البت فى اجراء فتح التجويف البطنى على اعتقاد انها حالة التهاب الزائدة الدودية

(٢) الحمى التيفودية قد تشبه فى أعراضها اعراض التهاب الزائدة الدودية ولكن عدم وجود الطفح الخاص بهذه الحمى فضلا عن ايجابية (Vidol Reaction) الفحص بطريقة فيدال تبعدنا عن الوقوع فى الخطأ

(٣) المغص الكلوى يشبه فى بعض الحالات التهاب الزائدة الدودية خصوصاً فى الحالات التى يصادف أن يكون اتجاه الزائدة الدودية فيها الى

الحوض (Pelvis) وفى هذه الحالات يصادف وجود دم فى البول لوجود تهيج بالغشاء المخاطى المبطن للمثانة فضلا عن التبول بكثرة

(٤) الالتهابات الحادة المصحوبة بتمدد كيس السائل الصفراوى (Acute Cholecy stitis) تشبه فى بعض الأحيان حالات التهاب الزائدة الدودية خصوصاً حالات الخراج بالزائد الدورية ولكن بالفحص الدقيق يتبين أن الكيس متصل بالكبد

(٥) تقرح ذى الاثنى‌عشرى (Duodenal Ulcer) المصحوب بانفجار يشبه أعراض حالة التهاب الزائدة الدودية لأن الافرازات تتجه فى سيرها عادة الى الحفرة الحرقفية اليمنى

ولكن فى الاولى يبتدئ الالم عادة فى أعلى التجويف البطنى

(٦) حالات التهاب المبيض الايمن وبوق فلوبيوس (R. Ovary and Fallopian Tube) عند النساء يشبه حالات الزائدة الدودية ويلتزم فى جميع هذه الأحوال فحص الشرج أو المهبل حتى يمكن تفادى الوقوع فى خطأ تشخيص الحالة على حقيقتها

وقبل أن اختم مقالى اقول أنه يجب دائما استئصال الزائدة الدودية عند ظهور عوارض التهابها لأنه لا يمكن الجزم بأن المعالجة الطبية تشفيها نهائياً ولنفرض أن المعالجة الطبيـة والراحة التامة تزيل الالتهاب فان المريض يكون عرضة الى تكرار النوبات وتكون النوبة الثانيـة أخطر من الاولى لأنه فى تلك الحالة غالباً يتكون خراج حول الزائدة الدودية وتكون العملية صعبة وخطرة على المريض ولقد أحسن الأطباء الأمريكان فى معالجتهم التهابات الزائدة الدودية باستئصالها فى الحال عند ظهور عوارضها .

الدكتور احمد طايل دبوس

الجديد فى دراسة السيلان

محاضرة القاها فى الجلسـة العلمية الثانيـة والعشرين
للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

للدكتور ابرهيم صبرى

رئيس قسم الجلد بمستشفى اسكندرية الاميرى

سادتى الزملاء

ازداد الشعف وتضاعف المجهـود فى السنوات الاخيرة لدرس أصابة الاعضاء التناسلية بمرض السيلان خصوصاً بعـد النجاح الباهر والخطوات الواسعة التى تقدمها العلم فى معرفة الزهرى ويرجع السبب فى بقائنا الى الآن لا نعرف كثيراً عن حياة الجونوكوك (Gonococcus) الى عوامل أهمها :

أولا — عدم قابلية حيوانات التجربة للعدوة بهذا المرض

ثانياً — قلة الابحاث الهستولوجية للاحوال السيلانية نظراً لكون الفرصة للقيام بهذه الابحاث محدودة جداً

وعليه فالنتيجة العملية لمعالجة هذا المرض لا تزال فى نظرنا غير مرضية ولا تزال معرضة للانتقادات المرة بالرغم من كثرة العقاقير المستعملة واختلاف طرق العـلاج وبالرغم من الجعجعة الفارغة التى أحدثها اكتشاف الفاكسين والحقن الغير نوعية واللبنية

ولم نر الخير الكثير الذى كان مزعوما باستعمال هذه الاكتشافات فى تجاربنا العديدة للاحوال السيلانية ذكوراً كانوا أو اناثا وكل ماذكره Langer (فى ال Med. Klinik جزء ٢٣ سنة ٢١) بهـذا الخصوص أننا قد نبتهج أحيانا للنتائج الأولية والأولية فقط التى تظهر من استعمال الفاكسين والحقن الغير نوعية فى أحوال المضاعفات السيلانية والى هنا نقف فى وجوه المتفائلين

شاهرين البرهان القائم على التجارب العديدة أن استعمالنا الفاكسين مع الطرق الطبيعيـة الأخرى (Physical Methods) فى المضاعفات السيلانية لا يغنى اكثر من أن يجعل وطأتها أخف وسيرها الى التحسن أسرع مما اذا استعملنا الطرق الطبيعية فقط . أما ما يقال عن شفاء المضاعفات باستعمال الفاكسين . فهو اضغاث أحلام ولنعترف جميعاً هنا أيها السادة أننا مازلنا أمام هذا الأمر الذى يزداد انتشاراً ويزداد خطراً على المجتمع الانسانى . من غير سلاح . وليت الناس يرون ذلك بل وليت الـكثير من الزملاء يعبأون بهذا المرض ويعيرونه العناية الواجبة . هذا المرض الذى دوخ علماء الفن . وما فتئ يعبث بآرائهم ويضحك لتآويلهم والذى كما ساحدثكم به الآن . وبكل وضوح . أنه فى نتائجه ذكوراً أصاب ام اناثا . من أخطر الامراض واخبثها . وفى الاغلبيـة العظمى من الاحوال . غير قابل للشفاء

ولقد بطل القول من عهد غير بعيد . وبعد الـكثير من المباحث بأن الجونوكوك طفولى أضطرارى على الغشاء المخاطى (Obligatory mucous membrane parasite) وذلك بعد أن تمكنا من تربيته فى الهواء . فلنبحث الآن فى أول تطور من التطورات الحديثـة فى درس هذا المرض . الا وهو تربية الجونوك تربية لا هوائية Anaerobic نرى تأثير ذلك على حياته وقوة سمه Toxicity

تعلمون أيهـا السادة . أن الفكرة السائدة . هى أن الجونوكوك لا يمكن تربيته الا فى الهواء . كما قال Roch وغيره من الثقات وهو مع ذلك . شديد التأثر من العوامل الخارجية . كالحرارة مثلا أو الرطوبة . ولا يعيش فى أحسن الاجواء أكثر من عشرة الى أربعة عشر يوماً . هذا بالرغم من الصعوبة فى الحصول على الغذاء الموافق

ولقد كنا حتى السنتين الاخيرتين . نجهل تماماً امكان التربية اللاهوائية للبذرات السيلانية الى أن قام بذلك Ungermann فى نوعين من أنواع الجونوكوك

وبرهن على امكان بقائها حيـة مدة طويلة وقادرة بعد عدة شهور على احداث عدوة جديدة ولقد تمكن Langer & Buschke بعده من اثبات هذه الحقيقة فى كثير من الانواع الاخرى وبذلك بطل القول بأن الجونوكوك لا تعيش الا فى الهواء وأصبح علينا أن نضيف الى معلوماتنا أنه يمكن تربية الجونوكوك فى SeruM Medium مغطى بطبقة من البرافين ويكون بذلك بعيداً كلية عن الهواء وليس ذلك فقط بل وفى هذه الحالة يكون أطول عمراً وأقل تأثراً للعوامل الخارجية مما اذا ربى فى الهواء نضيف الى ذلك أننا فى التربية الهوائية ينتج الزرع ويتولد الجونوكوك بسرعة وبمثل هذه السرعة يهلك ويموت وهذا عكس ما نراه فى التربية اللاهوائية اذ ينتج الزرع بكل بطء فبينما الميكروبات الاخرى كال Pneumococcus وال Stapbyloçoccus التى يصادف وجودها فى الزرع تتكاثر ببطء أيضاً وهى بعيدة عن الهواء الا أنها فى بطئها هذا أسرع بكثير من تكاثر الجونوكوك الذى يبقى حيـاً وحافظاً لقوته Virulence مدة طويلة لحياته وهو بعيداً عن الهواء حياة كامنة غير نشطة وهذا ما نراه عملياً كل يوم فى المرضى بالسيلان حيث يبقى الجونوكوك كامناً فى غدد القناة أو البروستاتا أو عنق الرحم الى ماشاء الله

شيء آخر واكتشافه حل لنا مشكلة طالما تحيرنا فى تكييفها فبينما الجونوكوك وهو فى الهواء لايعيش الا فى درجة من الحرارة حوالى السابعة والثلاثين اذا به وهو بعيـد عن الهواء يتحمل اختلافات فى الحرارة اكبر من ذلك بكثير ومن هنا يتبين لـكم أيها السادة لماذا يبقى الجونوكوك حياً فى جسم الانسان لا يتأثر الا قليلا بعد أن نرفع من حرارة المريض بالطرق المعروفة لديكم الى درجة عالية ولمدة طويلة كافية تقتل جميع البذرات السيلانية التى تعيش فى الهواء لو كانت فى أنبوبة الاختبار

ذلك لأن الجونوكوك فى أحوال السيلان الـكامنة . يعيش فى جسم الانسان عيشة لا هوائية فلا يكترث لمثل هذه الاختلافات فى الحرارة كما يتبين

نا ذلك جليا فى الزرع اللاهوائى فى انبوبه الاختبار فلا شك فى أن مثل هذه الطريقة من العلاج . راجع الى هذه الحقيقة . واذا لقحنا Plate Culture أو اجاراً عادى من زرع لاهوائى . مضى عليـه زمن بعيد . ينمو الجونوكوك ويتكاثر، ويبقى دائما أبداً حافظا لسالبته لصبغة جرام

ولمعرفة درجة سمية الجونوكوك اللاهوائى قد اجريت جملة تجارب فلقحت فيران فى البريتون بكمية معلومة من الجونوكوك اللاهوائى ووجد تفاوت كبير فى النتائج فبينما لا يحدث سوى اعتلال بسيط فى بعض الفيران اذ البعض الآخر سريعاً ما يهلك ويموت

وقد دلت التجارب على أن درجة سمية الجونوكوك اللاهوائى تزداد نسبياً بقدم الزرع فالزرع الذى لم يمض عليه سوى أسبوع أو أسبوعين مثلا يكون أقل سما من الزرع الذى يمضى عليه اكثر من ذلك ولسنا على يقين للآن عما اذا كانت شدة السم هذه مسببة من نفس الجونوكوك أو من المواد التى يفرزها طول المدة التى يعيشها بعيداً عن الهواء ولقد تمكن Langer & Buschke بعد حقن الفيران تحت الجلد جملة مرات من ايجاد الجونوكوك فى الدورة الدموية وفى دم القلب ولهذه النتيجة من الاهمية العملية ما لا تجهلون

نتكلم الآن فى ثانى التطورات القـائل بامكان حدوث المرض الشمعى Amyloid Disease كنتيجة من نتائج السـيلان فلهذا البحث قد أجرى Buschke & Langer نوعين من التجارب

أولا : الحقن بالفاكسين كالارتيجون (Artigon) مثلا أو الجونارين (Gonarin) حيث اتخذ لذلك ثلاثه خنازير هندية ، ومائة اثنين وثمانين فأر بيت (Mouse) وأربعة وعشرين فأر غيط (Rat) وجعلا يحقنان الخنـازير الهندية مرة كل ثلاثة أيام مبتدئين بسنتيمتر مكعب ومزيدين نصف سنيمتر مكعب فى كل مرة وجعلا يحقنان الفيران البيتية والغيطية مرة كل يومين مبتدئين بثلاثة أجزاء الى خمسة أجزاء من عشرة أجزاء من السنتيمتر المكعب ومزيدين

جزئين من عشرة أجزاء من السنتيمتر المكعب كل مرة فكان التأثير على هذه الحيوانات أن يعتريها بعد الحقنة رعشة عنيفة يعقبها حمى وتنهار قوتها تدريجياً الى الزوال وكانت الخنازير الهندية أشد احساساً وأسرع تأثراً فى ذلك من فيران البيت أو فيران الغيط ولم يوفق هذان الباحثان للعثور على أى أثر للمرض الشمعى فى هذه الحيوانات بعد موتها غير أنه بفحص الفاكسين ميكروسكوبياً لاحظا أن ليس به بذرات سيلانيـة بالمرة وكل ما أمكن العثور عليه هو مواد غير واضحة تقبل صبغة ضئيلة وهذا أمر طبيعى وشىء منتظر فالفاكسين لا يمكن أن يحتوى على بذرات سيلانية لزمن غير محدود بل أن البذرات سريعاً ماتتلاشى وتذوب فى المحلول الذى يستعمل فى تحضير الفاكسين ومن هنـا يجب أن ننسب الفرق فى الفعل بين الـ Autogenous Vaccine والفاكسين العادى فما الاول الا والثانى بعينه غاية ما فى الامر لم يمض على تحضيره الزمن الكافى لذوبان البذرات السيلانية وتلاشيها

ثانياً — الحقن تحت الجلد بزرع حديث للجونوكوك فى محلول الملح الفيسيولوجى . وقد اتخذا لذلك ثمانية وخمسين فأر بيت وخمسة فيران غيط وجعلا يحقنان الفيران البيتية مرة كل يومين مبتدئين بجزء من عشرة اجزاء من السنتيمتر المكعب ومزيدين مثل هذه الكمية فى كل مرة وجعلا يحقنان فيران الغيط مرة كل يومين مبتدئين بجزئين من عشرة اجزاء من السنتيمتر المكعب ومزيدين مثل هذه الكميـة فى كل مرة وقد تحملت فيران الغيط هذه الحقن بشكل غريب ولم تمت الا بين الحقنة الخامسة والاربعين والحقنـة الستين ولم يوجد أثر للمرض الشمعى فى أى واحد منها

أما الفيران البيض أو فيران البيت فقد مات منها ثلاثة عشر بعـد الحقنة الاولى ومن الخمسة والاربعين الباقيـة تمكن هذان الباحثان من البرهان فى واحد منها مات بعد الحقنة الثانية والعشرين على حدوث مرض شمعى تام فى أوعية الطحال وغددها (Follicles) وأثر بسيط من المرض فى الكلى . وقد

عشرا فى فأر ثان مات بعد الحقنة الخامسة والعشرين على مرض شمعى بسيط فى أوعية الطحال وغددها Follicles وفى أوعية الكلى وفى فأر ثالث مات بعد الحقنة الثامنة عشر لم يجدا أثرا للمرض الشمعى فى غير غدد الطحال وقد أشكل الامر عليهما فى فأر رابع مات بعد الحقنة الخامسة والعشرين واستشارا الاستاذين Hart & Pick المختصين فى علم الباثولوجى واللذين لم يمكنهما الجزم أيضاً بحقيقة الحال فى هذه المرة . فبناء على هذه التجارب يمكننا القول بأن Buschke & Langer تمكنا من البرهان على أن البذرات السيلانية قد تحدث مرضاً شمعيا فى بعض الاحوال

نشرع الآن أيها السادة فى الكلام على التطور فى فهم الاحوال الكامنة لمرض السيلان التى كثيرا ما دوخت الطبيب والمريض على السواء والتى كثيرا مانقف أمامها حائرين . ففى هذه الاحوال يختبىء الجونوكوك فى بعض زوايا (Crypts) القناة أو غددها أوفى أحد الاعضاء المجاورة كالبروستاتا أو البربخ (Epididimis) أو الرحم أو بويضات المرأة (Ovaris) وهناك يعيش عيشة كامنة طويلة وبعيدة كلية عن الهواء حتى اذا سنحت له الفرصة بالخروج من مكمنه واستنشق الاوكسجين تولد وتكاثر ويستعيد سيرته الاولى . ولكى ندرس ونفهم دور الكمون يحسن أن نقسمه الى نوعين . —

فالنوع الاول يشمل الاحوال التى يكون فيها الشخص حاملا للجونوكوك (Carrier) من غير أن يؤثر ذلك عليه البتة وكل ما فى الامر أن يستمر المريض مصدراً للعدوى كما هو الحال فى بعض أحوال التيفويد والدفتيريا والالتهاب السحائى

والنوع الثانى يشمل الاحوال التى يكمن فيها الجونوكوك بعد أن تنتهى الاصابة الحادة ظاهريا فاذا تمكن بعد ذلك من الخروج من مكمنه الى الهواء تعود الحالة الى أصلها ويرجع السيلان الى ما كان عليه ولهذا النوع شبه أيضاً فى بعض أحوال التيفويد فكثيراً ما نلاحظ التهابا عظميا تيفويديا

(Typhoid osteomylitis) بضع سنين بعد الاصابة بالتيفويد . وهذا النوع كثيراً ما يصيب النساء فلا تشعر الواحدة بمبدأ الأصابة نظراً لأنها غالباً تمر من غير ملاحظة المريض التى تستمر هكذا غافلة عن مرضها لا تعلم من أمره شيئاً حتى اذا تهيج المرض اما لخروج البـذرات السيلانية من مكمنها لأى سبب من الاسباب واتخاذها مكانا اصلح أو لاختلاف فى التـوازن بين الدفاع الطبيعى والبذرات السيلانية يظهر على المريضة أحد الآلام السيلانية القاسية وناهيك بدهشتها أن انت صارحتها القول بذلك . ولقد تنبأ Neoggerath بهذا النوع وحدثنا عنه سنين عديدة قبل عهدنا بالميكروبات حيث أكد ذلك البحاثة أن البذرات السيلانية فى تسعين فى المائة من الذين يصابون بالسيلان ذكوراً كانوا أم اناثا تبقى كامنة فى أعضائهم التناسلية ولا تموت بل تستمر متربصه الفرص لتعود الى النشاط والظهور بعد الخفاء

ولعل أول سؤال يعترضنا فى دراسة النوع الاول . الذى يكون فيـه الشخص حاملا للجونوكوك (Carrier) هو . هل لا بد أن يكون هناك . ولو علامة اكلنيكية خافية للسيلان فى مثل هذه الاحوال . أم أن أعتبارنا الشخص كمصاب بهذا المرض . هو فقط لمجرد أنه حامل للبذرات السيلانيـة ؟ فلهذا الخصوص قد فحص Buschke بكل أعتناء سبعاً وستين عينة من عنق الرحم . فوجد فى واحد وعشرين منها بذرات سيلانية . أربعة منها فقط . ظاهر عليها علامات اكلنيكية والباقية خالية من كل شىء وفحص أيضاً ثلثمائة ثلاثة وخمسين عينة من قناة مجرى البول فوجد فى مائة وأثنتى عشرة منها بذرات سيلانية ومن هذه المـائة والاثنتى عشرة واحد وتسعون ليس فيها مواد سائلة بالمرة وواحد وثلاثون لا أثر فيها مطلقاً لأى العلامات الاكلينكية ولولا الفحص الميكروسكوبى لما وسعنا سوى الجزم بسلامتها من السيلان . وكل من سنحت له الفرصة منكم أيها السادة بملاحظة عدد كبير من المرضى خصوصاً العاهرات يسهل عليه أن يعزز هذه الابحاث .

ولقد ذكر كثير من الكتاب عدة أصابات سيلانية لرجال اجتمعوا بنساء تسكن البذرات السيلانية أعضاءهن التناسليـة كـ Saprophytes فقط من غير أن يكون لها عليهن أقل أثر باثولوجى ووافق Langer & Buschke على صحة ما ذكره Proch من أن البذرات السيلانية قد تبقى زمنا طويلا فى الطبقات السطحية والغشاءات المخاطية لفوهة الفرج (Vulva) من غير أن يتسبب عن وجودها هذا أى العلامات المحسوسة أو الملموسة Subjective or Objective Symptoms وعليه فلا يسعنا أيها السادة أمام كل هذه الحقائق الا أن نعتبر أن هناك جملـة عوامل مختلفة تتحد فينشأ عنها سيلان حاد فى بعض الاحيان . وسيلان كامن فى البعض الآخر ولست أشك أن المناعة الشخصية (Individual disposition) تلعب هنا دوراً مهما (فمثلا فى الاحوال التى تطول فيها مدة التفريخ دليل واضح على وجود مثـل هذه المناعة . ولقد ذكر Pernet حالة استمرت فيها مدة التفريخ عشرين يوماً . وقد أصيب هذا المريض نفسه بسيلان منذ ثلاث سنوات . وكانت مدة التفريخ فى تلك المرة أيضاً عشرين يوماً ولقد أسعدنى الحظ بملاحظة شخص اجتمع بامرأة . وبعد الاجتماع مباشرة استعملت له كل طرق الوقاية المعروفة . ولم يعـد يشعر بشىء لمدة أثنى عشر يوماً وفى اليوم الثالث عشر بينما هو يجرى فى الطريق اذ زلت قدمه فوقع واغمى عليـه بضع ثوان وفى صباح اليوم التالى ظهرت عليه علامات السيلان . افسر هذه الحالة بفشل طرق الوقاية فى هذه المرة على الاقل وبأن توازن المقاومة بين الجسم والبذرات السيلانية . قد اختل بعد هذه الاصابة . وانتهى الأمر بفوز البذرات السيلانية التى ظلت حية طول هذه المدة تتربص الفرصة لتهزم فيها المقاومة الطبيعية ولما عرضت هذه الحالة على بعض الاساتذة بفينا شاطرونى الرأى فى ذلك ؟

يتبع

مرض ايدسون ونقص كفاءة

الغدد الادرينالينية

للدكتور أندراوس عريان

سيدة عمرها ٣٥ سنة أصيبت منذ ثلاث سنوات بانفلونزا شديدة ومنذ هذا الوقت بدأت تشعر بهبوط متزايد فى الجسم وعدم القدرة على الاتيان بأى مجهود عضلى فقد كانت تشعر بالتعب عند ما تهم بأى عمل وبعد مضى سنة ابتدأ لون بشرتها يتغير من قمحى مائل الى الحمرة الى لون برونزى سنجابى زال معه تورد الخدين ثم حملت فى هذه الاثناء مرتين فأجهضت وبعد كل اجهاض كانت تزداد أعراض المرض وكان آخر اجهاض منذ ستة شهور أصيبت بعده بضعف شديد حتى عجزت عن القيام من فراشها. وصفت لها حقن تحت الجلد مركبة من استركنين ٠٠٠١و٠ وكاكوديلات الصودا ١٠و٠ وجليسرو فوسفات الصودا ٢٠و٠ يومياً استمرت كذلك خمسة أيام فزادت حالتها سوءاً — استشارت طبيباً آخر فوصف لها حقن الانيزول (Enesol) فأخذت منها حقنتين (يغلب على الظن بأن حضرة الرصيف أشار بالاينزول بالنسبة لتعدد الاجهاض فالاينزول دواء معروف ضد الزهرى وهو عبارة عن سليسلات الزئبق والزرنيخ يحضره معامل كاين محلولا ٣ ٪ ويحوى زئبقاً ٣٥ ٪ فنى حقنتين كل منها ٢ سنتيمتر كانت كمية الاينزول ١٢و٠ جراماً تحوى على مقدار من الزئبق ٠٤٥و٠) فكانت النتيجة أنه فى اليوم الثالث ظهرت أعراض التسمم الزئبقى الحاد من دم فى اللثة والشفتين ثم أعقبه تقرح والتهاب فى اللثة والحلق منع المريضة عن الازدراد وقل افراز البول ثم انعدم تماماً رغماً عن الحقن بمحلول الجلوكوز وتوفيت المريضة فى اليوم السادس

ما اردت بسردى هذه الحالة الا أن آت على حقيقة طبية هامة وهى أنه لا يجوز للطبيب أن يصف دواء يدخله الزرنيخ أو الزئبق لمريض بمرض اديسون أو مصاب بنقص فى كفاءة الغدد الادرينالينية

ولو أمكننى اقناع زملائى بهذه الحقيقة لكان ذلك أكبر جزاء لى على كتابة هذا المقـال ولذلك ساجتهد فى تفصيل مرض اديسون وفى الاحوال التى يوجد فيها نقص كفاءة الغدد الادرينالينية

ومرض اديسون ليس الا نقصا فى كفاءة الغدد الادرينالينية مضاف الى ذلك أصطباغ فى الجلد ولا يمكن تشخيص مرض اديسون الا بوجود هذا الاصطباغ فقد دلت التجارب بأنه اذا أزيلت الغدتان ظهرت أعراض نقص كفاءة الغدد ولم يظهر الاصطباغ ولذلك يعزى وجود الصبغة فى بشرة الجلد وفى الغشاء المخاطى لتلف تصاب به الضفيرة الشمسية

أسباب نقص كفاءة الغدد الادرينالينية : التسمم — الكلوروفورم عامل كبير فى تلف الغدد الادرينالينية وشوهدت اصابات وفاة عقب التبنيج بالكلوروفرم حدث فيها نزيف داخل الغـدد فسبب الوفاة وظهرت حالات كهذه عقب التسمم الغازى الذى استعمل أثناء الحرب ولكن أكثر الحالات لاتحدث فيها الوفاة سريعاً بل تظهر أعراض نقص كفاءة الغـدد تدريجياً وتستمر زمناً طويلا

الامراض المعدية — حمى التيفوئيد لابد وأن تصيب الغدد الادرينالينية أثناء الحمى وربما بقى الاثر الى ما بعد زوال الحمى وقد لاتكون الاصابة مجرد التهاب فى الغدد فهناك حالة وصفها لا بوجل

Lubougle, gaz. hebd. des Sciensces Médicales de Bordeaux 18 août 1907

بأن عسكرياً أصيب بالتيفوئيد وبعد برئه منها مات بغتة فوجد تجويف جبنى درنى فى الغدد الادرينالينية

وما يقال عن حمى التيفوئيد يقال عن الدفتريا التى كثيراً ما تسبب الوفاة بغتة مع سرعة ضربات القلب واصفرار فى الوجه وقىء والام معوية وما هذا الا أعرض نقص كفاءة الغددالادرينالينية — وكذلك الانفلونزاوالدوسنطاريا والكولرا وسائر الامراض المعدية الحادة

أما الامراض المزمنة كالسل والزهرى والسرطان فغالباً تسبب مرض أديسون والاصابات منها المباشرة والغير مباشرة فالمباشرة تحدث تلفاً فى الغدد والغير مباشرة تحدث سموما لها تأثير ضار على الغدد وما الصدمة (Shock) الا أثر من آثار عدم قيام الغـدد الادرينالينية بمكافحة السموم الداخلة الى الجسم ولذلك كان الادرينالين من أحسن الادوية علاجا للصدمة

أعراض المرض

الضعف (Sézary - pr. Med. 1922 p. 79) لابد وأن يكون العارض الاكثر أهمية ولم تشاهد أحدى الحالات ولم يكن الضعف العضلى أهم الأعراض فيها فان المريض لايمكنه أن يقوم باى عمل بل يشعر حالا بضعف فى العضلات وفى آخر أيامه يتعب اذا مد يده للسلام أو فتح فاه للكلام بل يبقى مستلقياً على ظهره لا يبدى حراكا

انخفاض فى الضغط الدموى : ينخفض الضغط الدموى انخفـاضاً هائلا فالضغط الانقباضى يقل عن ١٢ أو ١٠ سنتيمتر من الزئبق والانبساطى يقل عن ٤ أو ٣ والنبض ضعيفاً وغير منتظم والاطراف باردة وزرقاء

الخط الابيض (Sergeut) اذا رسمت بطرف أصبعك بدون عمل أى ضغط مربعاً أو مستطيلا حول السرة لا يظهر خط أبيض الا بعد مضى حوالى نصف دقيقة على مرور أصبعك ويبقى واضحاً مدة دقيقة على الاقل وضوحا ظاهراً ولا يأخذ فى الزوال الا تدريجياً كما ظهـر تدريجياً وكلما كان هذا الخط

واضحاً كلما كان نقص كفاءة الغدد بارزاً

ولقد كثر الكلام حول هذا الخط الابيض وكثيرون من الاطباء لا يؤمنون باهميته ولكنه فى الغالب دليل على هبوط فى الضغط الدموى
(Sergeut pr. Med. 12 Mai 1923)

اضطراب القناة الهضمية : لابد وان يحدث فى مرض أديسون وهو كثير الحدوث فى نقص كفاءة الغدد فالشهية تمتنع والقئ كثيراً ما يكون مستعصياً والامساك قد يتناوبه اسهال

اضطراب عصبى : كثيراً ما يحدث آلاما قطنية شديدة أو آلاما معدية ممتدة الى الضلع الثانى عشر وآلاما فى الرأس وعدم النوم وهبوطا سوداويا وقد يحدث فى بعض الاحيان هذيانا أو تشنجات

والحرارة تبقى دائما منخفضة عن الطبيعى ويحس المريض بالبرد احساساً متزايداً ويعتوره تحول مع فقر دم شديد

الموت الفجائى : كثير الحدوث ففى حالات الحمى التيفودية والدفتريا كثيراً ما يكون نقص كفائة الغدد سبباً فى حدوث الموت الفجائى وفى كثير من الحالات يحدث الموت الفجائى وبالتشريح يوجد درن أو سرطان فى الغدد الادرينالينية وفى بعض الحالات يحدث ألم شديد فى القطن مصحوبا بآلام شديدة حول البطن وقئ مستعصى مع اسهال وعرق بارد وسرعة النبض ويعقب ذلك الوفاة بسرعة وفى التشريح يوجد التهاب حاد فى الغدد الادرينالينية

مرض اديسون

أما مرض اديسون فهو عبارة عن نقص كفاءة الغدد الادرينالينيه مع اصطباغ الجلد ويذهب أغلب الكتاب الى أن مرض اديسون أن هو الاسل ابتدائى فى الغدد الادرينالينية ولكن هناك حالات كثيرة شوهد فيها

جميع أعراض مرض اديسون لم تكن نتيجة اصابة درنية فقد ذكر شابون (Chaills h 1897) حالة سرطان قضى على المريض وذكر ديرك (Durk, Aerzlt Saehverstaud Ztg. 1919 XXV,73) عن حالة رجل فى الثانية والاربعين وقع بين عربة السكة الحديدورصيف متحرك فأصيب بكسر أربعة من أضلاعه وبعد ستة أسابيع عاد الى العمل ولكنه بعد أسبوع شعر بضعف شديد فى الذراعين والساقين وزادت ضربات القلب واصطبغ الجلد باللون البرونزى مبتدئا بالوجه والأيدى فأعطى خلاصة الغدد الادرينالينية وتوفى بعد ثمان سنوات وباجراء التشريح وجد أن الغدد الادرينالينية لا أثر لها بالكلية ولم يوجد بالجسم اصابات درنية أو زهرية

وأعراض المرض هى كما ذكرت فى نقص كفاءة الغدد الادرينالينية بالضعف الشديد وتغييرات فى القلب والاوعية وهبوط الضغط الدموى وزيادة فى عدد النبض ووجود الخط الابيض وارتباك الجهاز الهضمى فى مقدمة ذلك دائماً وجود فقدان الشهية ثم غثيان يعقبه قىء وقد يستيقظ المريض فى الصباح فيتقايأ سائلا أبيض مخاطياً ومع اشتداد المرض يشتد القىء وربما يحوى دماً والامساك المستعصى قد ينقلب الى اسهال مفرط عند قرب الانتهاء

أما الالام فتشتد كلما زهت صبغة الجلد وأغلبها فى القطن وتتجه الى القسم الشراسيفى أو نحو الاوربية

أما الجلد فيظهر فيه بقع صفراء ثم تأخذ فى الامتداد ويزداد اللون عتامة فى الاجزاء المكشوفة كالوجه وظهر اليد والاجزاء التى توجد فيها الصبغة طبيعياً كحلمة الثدى والابط والاعضاء التناسلية والخط الابيض للبطن يأخذ فى كثير من الاحوال لوناً أسود يمتد من العظم العانى الى الغضروف الخنجرى واذا كان هناك أثر التحام أو التهاب جلدى ناشىء عن الخردل فان الصبغة تكون أكثر وضوحاً

أما بطن الكف والقدم والجفون فيندر جداً أن تصطبغ ولذا كانت مقارنتها

بباقى أجزاء الجلد مما يساعد كثيراً على تشخيص المرض
وتظهر بقع سوداء فى الغشاء المخاطى للفم واللسان واللثة وفى المهبل
وبدهى أن الصبغة أكثر ما تكون وضوحاً فى البشرة البيضاء

انذار المرض

انذار المرض سيئ للغاية فمدته تمتد من سنتين الى خمس سنوات وقد تمتد فى الحالات البطنية الى نيف وعشر سنوات وقد تقصر الى بضعة أشهر وقد يحدث الموت فجائياً قبل ظهور الاعراض أو بعدها بقليل ولا يفسر ذلك الا بشدة اصابة الغدد الادرينالينية أو قد تحدث أعراضا بريتونية خصوصاً عند الاطفال تنتهى عادة بالوفاة أو قد يصاب المريض باسهال يشبه الكولرا مع قئ مستعص وتقلص فى العضلات ووفاة سريعة أو يصيب المريض ذهول ينتهى الى غيبوبة أو تحصل له تشنجات عصبية وهذيان

أو يصاب المريض بانفلونزا أو نزلة شعبية أو التهاب رئوى لا يقوى على مكافحته فالغدد الادرينالينية لها وظيفة كبرى فى مكافحة السموم التى تدخل الى الجسم فاذا ما أصابها العطب لايقوى المريض على احتمال أى عارض ويموت من أوهن الاسباب

أو قد يبلغ الضعف بالمريض الى عدم القدرة بتاتاً على الحركه حتى على السلام أو الكلام أو ايصال الطعام الى فمه ويموت تدريجياً

والشفاء نادر جداً فقد ذكر جيرادو

(Giradeau Thesé de Paris 1919-20 N° 31) حالة رجل يدمن الخمر يبلغ من العمر ٣٩ سنة أصيب بضعف واصطباغ فى الجلد والغشاء المخاطى للفم وأصيب باسهال وآلام فى البطن وضعف النبض فأعطى خلاصة الغدد الادرينالينية ١٢ يوماً فتحسن وزاد وزنه ثم حقن بهذه الخلاصة بعد ١٥ يوماً لمدة ١٢ يوماً أخرى فزالت الاعراض وتحسن وتوفى بعد احدى عشر

سنة بسبب سرطان فى المعدة فوجد أثر التحام فى الغدة اليمنى وهذا ينبئ بحدوث التهاب منذ عدة سنين

تأثير الحمل : لا يمكن أن يستمر الحمل ولا بد من حدوث الاجهاض وبعد كل مرة يحدث فيها الاجهاض تزداد أعراض المرض وضوحا وتشتد وطأته ويسوء انذاره . وتكرار الحمل مما يجعل الكثيرين يعتقدون بان المريضة مصابة بالزهرى ولابد من علاجها بالمركبات الزئبقية أو الزرنيخية وهذه المركبات لا يمكن لمرض أديسون أن يحتمل أى مقدار منها

التشخيص : فى الاحوال المبكرة يكفى وضع ورقة خردل على الجسم ويكرر وضع ورقة الخردل على ذات الموضع مرتين أو ثلاث كل يوم مرة فيظهر محل الخردل الصبغة الخاصة بمرض أديسون

أما الاصطباغ الزرنيخى لايوجد فى الاجزاء المكشوفة ولا فى الاعضاء التناسلية وكذلك يجب الالتفات الى الاصطباغ الذى يحدث عقب تعاطى الانتيبيرين أو فى أحوال السرطان

وفى أحوال الاصطباغ الصفراوى فى سيروز هانو (Hauoh) فتحليل البول والدم يكفى لتمييز المرض

الفحص التشريحى : ان فى ٨٠ ٪ من الحالات توجد أصابة درنية فى الغدتين ولكن ليس فى درجة واحدة من التقدم وتكون الغدة متضخمة وتزن من ٥ الى ١٩ جراما ويكون بها تحويل جبنى أو تجاويف أو مكلسة أو تحولت الى مادة ليفية أو أصابها ضمور

وليست الغدد الادرينالينيه هى التى تصاب بالدرن بل تصاب به كذلك الضفيرة الشمسيه وتتضخم الغدد الليمفاوية فى البطن وكثيراً ماتصاب المبايض كذلك ويحصل فى الغدة الدرنية والغدة النخامية

والاصابة الدرنية تكون دائما أصابة ابتدائية لا ثانوية لامراض الرئة أو

البريتون أو العظام ولـكن قد تحـدث أصابات ثانوية فى قاعدة الرئة اليسرى أو اليمنى والاكثر فى الاخيرة

العلاج احسن ما يعطى هو الادرينالين حقناً فى الوريد أو الافضل تحت الجلد اما اذا أخذ الادرينالين بالفم فالغالب أنه لا يصل الى الدم ولا يكون له أى تأثير انما يمكنه أعطاء خلاصة الغدد بالفم فمن الغدد الطازة يعطى ٢ جرام الى ٥ جرام يومياً ولـكن Béclére أعطى من ٢٠ — ٣٠ جرام يومياً لمـدة أربعة شهور بدون ان يحدث للمريض أى ألم ولـكن شاهد أطباء غيره حالات التهاب كلوى حدثت بعد أعطاء مقادير متوسطة من خلاصة الغـدد انتهت بالوفاة والادوية المقـوية لا يسمح فيها الا بمركبات الفوسفور الضعيفـة كالهيبوفوسفيت والجلسروفوسفات وخلاصة الجوز المقئ ولا يسمح باى حال من الاحوال أن تعطى مركبات الزرنيخ أو الزئبق بالفم أو بالحقن

نقد للعلاج الجراحى للالم الفؤادى

بقلم السيرجيمز مكنزى Sir james Mackenzie

يظهر أن الجراحين فى السنين الأخيرة يبحثون عن ميدان جديد للعمل ويظهر أنه ليس فى الجسم من مكان لا يصح للجراح اقتحامه وهناك فكرة فى الخارج هى أن انتصارات الجراح تقدم للطب الباطنى فاذا عرفت حقيقة المرض تماما الذى تعمل العمليـة لعلاجه وعرف أيضاً فائدة الاجزاء التى تقطع أثناء العملية فقد يكون هناك سبب للقول بأن هذه الجراحة تؤدى الى تقدم علم الامراض الباطنية

ولـكن اذا كان الجراح يجهل المرض الذى يعمل فى علاجه جهلا تاماً ولا

يعرف فائدة الاجزاءالتى يقطعها فانه يصعب اكتفاؤه بشىءموقف للتقدم كهذا ولقد مر زمن كان الجراح يعتقد فيه أنه يعرف العلاج والانذار وأنه بذلك يمكنه الحكم فيما اذا كان تداخله ينفع المريض . ولكن نزعة الطب الحديث بما فيه من تخصيص لا تترك للجراح مثل هذه المعرفة بل تتركه عالة على غيره فى معرفة متى يعمل

وهذه النزعة تظهر جلياً فى رحلات الجراح فى علاج الالم الفؤادى وأنا لا أظن أنه يوجد جراح واحد يمكنه أن يدعى معرفة الاصل المرضى الذى يعطى الاعراض المركبة التى تسمى الالم الفؤادى « Angina pectoris » ومعرفة فائدة العصب الحائر « Vagus » والسمبتاوى التى يقطعها الجراح أثناء العملية ناقصة جداً لدرجة أنه لا هو ولا طبيب الامراض الباطنة الذى يشير عليه يعرف الا جزءاً أو شيئاً منها

المعرفة الحاضرة لاسباب الالم الفؤادى

وقبل عمل مثل هذه العمليات الكبيرة الخطرة يجب معرفة الحالات المرضية التى تصاحب أو تسبب الألم الفؤادى

ومما يؤسف له فى حالة علم الامراض الباطنية أن عرضاً مزعجاً متعباً منتشراً « كالالم » « pain » لا يكون معروفاً لدرجة أن العوامل التى تحدثه لا تكون معروفة حتى ولا الطريق الذى يوصل لمعرفتها . ومعروف أن هناك بعض الانسجة اذا نبهت ميكانيكياً « Mec. Stimulated » تحدث ألماً وهناك أخرى اذا نبهت بهذه الطريقة لا تحدثه ولكنها تحدث ألماً اذا نبهت بطرق أخرى . ولا يمكن علم التشريح أن يخبرنا عن الفرق بين التغذية العصبية التى تدل عليها هذه الملاحظة ولا علم وظائف الاعضاء يمكنه أن يدلنا على التغيير الجوهرى الذى يحدث ألماً فى الانسجة التى لا يحدث فيها التنبيه الميكانيكى ألماً والنتيجة من هذه الحالة المعقدة هو أن موضوعاً كالالم الفؤادى لا يزال قيد

التخمين والحدس فاستعمال طريقة شديدة فى العلاج كعملية جراحية لمرض غير معروف لهذه الدرجة لا يؤدى الى الوثوق بعلم الطب

والغرض من العلاج الجراحى ليس « شفاء » المرض ولكنه يقطع الاعصاب الموصلة من القلب الى المجموع العصبى فلا يترك المريض يشعر بالألم وهذان العصبان هما السمبتاوى والحائر ولم تعرف فائدتهما بالضبط كما لم يعرف كنه الألم الفؤادى ويجب أن يعرف أن الفائدة التى تعرف لهذين العصبين بالتجارب هى النازلة « Efferent » أما الخاصة بالفائدة الصاعدة « Afferent » فلم تعرف الاسطحيا من تجارب غير مهذبة فسرت تفسيراً غير مضبوط . والعصب الصاعد هو الذى يتوخاه الجراح فى القطع وعلى ذلك فهذه العملية من العمليات التى تقطع فيها أجزاء غير معروفة الفائدة اللهم الا أنها تنقل الأحساس من القلب الى المجموع العصبى فى مرض لا يزال موضع الخيال

تاريخ ١٠٠٠ مريض

لقد طرحت ظهريا تاريخ ١٠٠٠ حالة فى تحليل ٢٠٠٠ من حالات الألم الفؤادى التى بحثتها بنفسى أخيراً لأن الملحوظات التى دونت عليها لم تكن مضبوطة. أما فى ال ١٠٠٠ حالة الباقية فقدلوحظ سيرها المرضى باعتناء لدرجة أنه يمكن استخلاص جملة خلاصات ذات قيمة

ويمكن تقسيم الحالات الى قسمين فقسم توجد فيه أعراض الألم بدون أن يكون بالقلب أى مرض وهذا القسم هو الاصغر والقسم الثانى هو ماكان فيه الألم مصحوبا بمرض فى القلب . ومكان الالم وشكله وابتداؤه وكل الاعراض المصاحبة له متشابهة تماما فى القسمين .

وفى حالة الالم الفؤادى يتعلق المرض اكثر بالمجموع العصبى وانسجة القلب وأى اضطراب فى أحدهما قد يسبب الألم ففى القسم الاول ينشأ المرض

عن اضطراب فى المجموع العصبى ولقد شوهد من زمن أنه فى بعض الحالات قد تحدث أعراض من أعضاء هى سليمة فى ذاتها من اضطراب المجموع العصبى وأظهر هذه الاعراض القئ والالم كذلك قد يكون مظهراً لمثل هذا الاضطراب وعلى ذلك فوجود الالم وكل الاعراض المصاحبة للالم الفؤادى توجد بكثرة فى أشخاص ليس عندهم مرض فى القلب ولكن عندهم حالة مرضية تؤثر على المجموع العصبى وأغلب هؤلاء المرضى من النساء اللاتى يقل سنهم عن الخمسين وفى مدة الحرب كان كثير من العساكر الصغيرى السن يشتكون باعراض كالألم الفؤادى وكلهم كان عنده حالة من العدوى يصعب غالباً تحديدها ولكنها عرفت فى بعضهم أنها حمى الخنادق

ولقد تتبعت بعض مئات من حالات الالم الفؤادى الثانوى هذه عدة سنين ولم تمت ولا واحدة باعراض قلبية — واعراض القلب انصرفت فى كل الحالات ولقد شفى كثير منها والبعض الآخر ازدادت حالته سوءاً من استمرار السبب الاول أو بعض نتائجه

أما فى القسم الاكبر وهو « الألم الفؤادى الابتدائى » فانه توجد تغييرات فى انسجة القلب تتزايد وتبتدىء أول أعراض الالم الفؤادى باختفاء فتكون أولا أحساساً بعدم راحة الصدر عند عمل مجهود كان يعمل اولا بكل سهولة وقد يتعاقب هذا الاحساس أحيانا فيهمل او يعزى الى عسر هضم وبتوالى الزمن يزيد نوباته وتأتى بسهولة وقد ينتهى بألم شديد يأتى كنوبات . ولقد تكون نوبة شديدة واحدة وقد تكون جملة تأتى فى بعض أيام متعاقبة أو أسابيع أو شهور وعند ذلك يجب الراحة مدة يتعافى فيها المريض بضع سنين وقد تأتى النوبة ثانية فى بضع شهور ولكن المريض يكون تعرضه لها دائما وقد تأتى النوبات فى المشى عقب الاكل أو مقابل ريح بارد أو فى القيام عقب الراحة أو ما شابه ذلك ومع ذلك يحيى المريض حياة نافعة

التغيير المرضى الموجود

فى كل حالة يتزايد عدم القابلية للمجهود ببطء ولكن بالتأكيد ويظهر الالم بسهولة متزايدة وربما يأتى الموت بعد ابتداء المرض بسنوات عديدة وتظهر تغيرات مرضية غالبا فى عمل الصفة التشريحية مع أنه قد لا يظهر أى تغيير بالامتحان العملى قبل الوفاة

وتظهر التغييرات المرضية فى الغالب فى الشرايين التاجية وفى عضلة البطن اليسرى فاذا امتحنت هذه التغيرات ونتائجها اثناء الحياة امكننا أن نفهم قليلا معنى الالم الفؤادى واذا كان لايتفق التغيير المرضى فى حالتين من حيث مكانه الا أن جوهر التغيير ونتائجه لا يختلف فى أغلب الحالات وهذا التغيير هو ضيق فى الشرايين التاجية فى جزء من اجزائها حتى تكاد التغذية تتقطع عن العضلة فلا تقل قيمة عملها فقط بل تأخذ فى الاستحالة والتغيير المميت

واذا علمنا أن الشرايين التاجية السليمة مرنة كثيرا وأنه اذا دعى داعى العمل المتزايد على القلب وجب زيادة التغذية الدموية كثيرا حتى يزيد القلب عمله بالنسبة اذا علمنا ذلك علمنا سبب مرونة الشرايين التاجية وعلمنا من جهة أخرى ماذا يحدث اذا انسد تجويف الشريان أو اذا تصلبت جدرانه .

والالم الفؤادى موضوع بحث الآن فى معمل سانت اندريو وقد عملت الصفة التشريحية على سبع حالات وهذه الثلاث حالات أمثلة منها . نتيجة هذه الحالات كنتيجة الخمسين حالة التى عملت عليها الصفة التشريحية من حالاتى الخصوصية القديمة وهى تطابق حالات عديدة نشرت من أيام هبردن (Heberden) جنر (Jenner) ويمكن أخذها أمثلة للحالات العادية للالم الفؤادى واذا سأل سائل عن الاعراض التى تريها هذه القلوب التالفة أثناء الحياة كان الالم هو المشترك فى الجميع وخصوصاً فى اجابة المجهود . وعملية هذا التغيير لا بد أن

تكون أخذت سنين عدة ويمكن الانسان القول أن هذه التغيرات أخذت وقتا طويلا جداً قبل أن تكون اجابة المجهود المتزايد قلت لدرجة تحدث معها علامات الضيق الابتدائى وعلى ذلك فلا يمكن تحديد المدة التى تمت فيها التغيرات المرضية حتى يحدث الالم الفؤادى أما تاريخ الالم الفؤادى نفسه فيبتدىء من ابتداء الالم وعلى ذلك فلا علاقة بين ابتدائها وابتداء التغيرات المرضية التى تحدث الالم . واذا كانت هذه الاعراض لا تتوقف على التغيرات المرضية وحدها لانها تختلف بتعرض المريض لمؤثرات أخرى قد تحدث الالم فان تاريخ ابتداء الاعراض لا يفيد فى شىء مطلقاً . ولقد بلغ أحد مرضاى الثمانين قبل أن يحصل له أى ألم ولقد اتى له الالم لانه اضطر الى جرى مائة ياردة باسرع مايمكنه وهذا مجهود لم يقم به من عشرين سنة

اقصاء علامة الخطر

أن درس التغيرات المرضية فى قلب المرضى بالالم الفؤادى تظهر بوضوح أمام العقل الحالة التى يرغب الجراح فى علاجها بعملية . وانه لايمكن لاى كان أن يدعى أنه يمكنه شفاء الالم الفؤادى بعملية أو أى عمل آخر. وغاية مايمكن للجراح أن يأمله هو أن يقطع الاعصاب التى تحمل الاحساس من القلب المريض الى مركز الاحساس فى المجموع العصبى

والآن نتساءل هل هذا العمل معقول وهل هو لفائدة المريض ؟ فاذا طرحنا جانباً ما يمكن أن يحدث من الضرر بقطع الاعصاب المهمة كالسمبتاوى والحائر — هذه الاعصاب التى لم نعرف فائدتها الا بمقدار ضئيل وبغض النظر أيضاً عما قد يحدث من الخطر فى مثل هذه العملية وعما يحدث فيها من اتلاف انسجة أخرى اذا طرحنا كل هذا جانباً بقى أيضاً أن نتساءل هل من مصلحة المريض أن نحرمه من علامة خطر قد تفيده كثيراً ؟

واذا نظرنا الى هذه القلوب المريضة فانه يظهر أنها لا يمكنها أن تقوم الا بجزء صغير من العمل الذى يمكن للقلب السليم أن يقوم به ويمكن لعضلة القلب أن تجبر على عمل متزايد لدرجة لا يمكن بعدها العمل فاذا بلغت هذه الغاية فلا يمكن الدم أن يقذف وتكون عاقبة هذا الاغماء والموت وزيادة على ذلك فان من أسباب تقلص البطين الشعرى Ventricular Fibrillation هو قلة التغذية الدموية وهذا يسبب كثيراً الموت فى الالم الفؤادى

ومن جهـة أخرى يكون الالم علامة من علامات العضلات المتحركة اذا اجبرت على العمل مع قلة التغذية الدموية

وفى ابتداء المرض لايعطى المريض أهمية كبيرة الى الاحساس بالألم البسيط ويستمر فى العمل الذى لا يطيقه القلب حتى يصل القلب لدرجة كبيرة من التعب ويحدث ألم شديد قد يمكث كما قدمنا مدة طويلة حتى يسترد القلب بعض قوته ولقد صار كثير من المرضى يعتنون بالألم الا بتدائى فيلاحظون الظروف التى أحدثته وعلى ذلك يعيشون سنين كثيرة من غير تعب .

ويمكننا أن نضرب أمثلة كثيرة لايضاح هذه المسألة ولكن واحداً يكفى حيث يجمع جملة اعتبارات مهمة لم تأخذ حقها من البحث . ابتدأ رجل يشعر بالالم الفؤادى وكان يأتى الالم فى الاجابة على المجهود فقط ولم يظهر البحث غير نفخ سستولى فى الاورطا وبعد ذلك بسنة أبتدأت تحصل له نوبات أغماء متسببة عن قطع قلبى غير كامل « Partial Heart Block وبعـد بضع شهور صار قطع القلب كاملا حيث كان النبض ٣٠ فى الدقيقة . فزالت نوبات الاغماء ولم يحدث له بعـد ذلك ألم أما فى المجهود فما كان يمكنه أن يستمر وكان يقف بسبب الضعف وضيق التنفس ولقد سقط ميتاً بعد حصول الالم الاول بثلاث سنوات وبعمل الصفة التشريحيـة وجد أن صمامات الاورطا متصلبة وأخذ التصلب فى الاورطا الى أن احتضن فوهات الشرايين التاجية التى كانت جامدة وضيقة وقد امتد فى عضل القلب وأتلف الحصلة الاذينية البطينية ومن هذا

يعلم أن هذه الظواهر المختلفة — النفخ السستولى فى الاورطا والالم الفؤادى وقطع القلب — كلها تسببت عن تغيير مرض واحد ولكن النقطة المهمة هنا هى الالم وانقطاعه . ولا يمكن لفتحة الشريان التاجى المتصلبة الضيقة أن تتسع حتى يمر الدم الكافى للتغذية وعلى ذلك فالعضلة المجبورة على العمل مع قلة تغذيتها الدموية تسبب ألماً ككل العضلات فى مثل هذه الظروف فلما تم قطع القلب لم يمكن البطين أن يتنبه حتى يقابل المجهود الزائد لأن سرعته لم تزد عن الثلاثين فى الدقيقة سواء فى الراحة أو فى العمل وعلى ذلك فلم تكن هناك ضرورة لزيادة التغذية الدموية ولم يحدد المجهود بالالم بل باعراض قلة اندفاع الدم من القلب

ليس الالم بذاته خطراً

مهما يكن التعب الذى يحدثه الالم فان الالم بذاته ليس علامة خطرة من أى وجه وقد يصحب حالات خطرة ولكن هذا الخطر لا يقل اذا امتنع الالم وبالعكس من ذلك قد يكون مفيداً لانه يوجه الالتفات الى حالات مرضية موجودة وبالاخص فى التحذير من استمرار شىء مضر . فالالم مفيد من وجهة النظر الاخيرة ووجوده فى مثل مرض الألم الفؤادى ينبهنا الى المحافظة على استمرار قوة القلب . ومن المعلوم أن مقدار العمل الذى يمكن للقلب المريض أن يعمله محدود فوجهة العلاج تكون بحفظ عضلة القلب من زيادة المجهود فمقدار العمل الذى يمكن عمله يقدر بالكمية التى تعمل من غير تعب . وقبل وجود الالم يوجد بعض علامات خفيفة تدل على أن الاستمرار فى المجهود يحدث الالم فاذا اعتبرناه علامة خطر كان للمريض أن يعرف بعد مقدار العمل الذى يمكن أن يعمله ومن هذا الطريق يمكن لبعض الافراد أن يعملوا فى حرف شاقة من غير مشقة ولا خطر

فابعاد هذا المنبه المفيد فى مثل حالتنا العلمية مضر جداً وعمل باطل فى

نظرى فاذا زادت معلوماتنا قد نجده مفيداً فى بعض الحالات ولكن على حسب ما أرى لا يمكننى أن أفرق حالات ينفع فيها ولقد ذاكرت باعتناء كل المذكرات المطبوعة على الحالات التى عملت لها عملية فلم أجدها تعى تقسيم الالم الفؤادى الى ابتدائى وهو مصحوب بتغيرات مرضية تختلف فى القلب وثانوى وهو ما ليس مصحوباً بمرض القلب وأيضاً هذه المذكرات مكتوبة بغير اعتناء قبل وبعد العملية حتى لا يمكن أن يفهم منها طبيعة الحالة الا فى الحالات التى ماتت بسبب العملية

ويجب أن يعرف أنه وان ضاع الالم فلم يشف المريض ولم تقف حركة تقدم المرض واذا علمنا أن اكثر المرضى بالالم الفؤادى يعيشون بعد ابتداء المرض شهوراً أو سنين فعدم وجود الالم لا يدل على تحسين فى حالة المريض ويصح أن يكون المرضى الذين عملت لهم عملية وشفوا منها موضع بحث لا من حيث معرفة نتائج الاعصاب المقطوعة فقط ولكن من حيث اجابة القلب للمجهود ومعرفة كيفية تغيير حركات القلب وما هو الاحساس الذى يجدد المريض من اجهاد القلب ولم تذكر التقارير على هؤلاء المرضى تلك المعلومات الى الآن

الاحتياج الى معاودة بحث أعصاب القلب

ان الشروع فى ايجاد سبب لتدخل الجراحة فى علاج الالم الفؤادى قددل بوضوح على أن قليلا من القيمة العملية لفائدة عصبى الحائر والسمبتاوى قد عرفت وعلى ذلك قد وضع مشروع لبحث تلك الفائدة من جديد وقبل الشروع فى تحمل هذا العبء الثقيل يجب على الباحثين مراجعة أعمال الذين تقدموهم فى هذا البحث والوقوف على سرقلة المعرفة الموجودة الآن وعند ذلك يشاهد أن كثيراً من المشاهدات التجريبية قد لوحظت كما لوحظ بعض التفاعلات ولكن تفسير هذه المشاهدات والتفاعلات كان ناقصاً ولا يعتمد

عليه . ولقـد شوهد بعض زيادة أو نقص فى حركات القلب ولـكن لم تعرف الانسجة التى استعملت فى هذا التغيير والفكرة الشائعـة اليوم موجودة من زمن لم تكن تعرف فيه حتى المجموعة الموصلة « Conducting System » ولا يمكن معرفة حركات القلب من عنـد بحث هذه المجموعة لانه لا يمكن للقلب أن يعمل أى حركة بدونهـا والمعروف عن هذه المجموعة قليل جداً لدرجة اعتبار أن بحثها لم يبتدئ

وكل ما عمل من الابحاث واستنتج من النتائج كان متعلقاً بالاعصاب النازلة « Efferent » أما فى الطب الاكلينيكى وخصوصاً فى بحث الالم الفؤادى فيزاد معرفة الاعصاب الصاعدة « Afferent » ولم يعرف عن الاعصاب الصاعدة أو المجموعة باسرها شىء الى الآن اللهم الا بعض الاستنتاجات الفاسدة من تجارب غير مهذبة . والسبب فى ذلك أن مجموعة الاعصاب الصاعدة فى الجسم بعيدة عن كل تنـاول تجريبى . وأهم فائدة للاعصاب الصاعدة هى ما تعمل بفريعاتها الطرفية — فى الجلد وفى نفس الاعضاء وطريقة تنبيه هذه الفريعات الطرفية هى ما نبغى معرفتـه ففى التجارب التى تقطع فيها هذه الاعصاب ينقطع فيها هذا الجزء المهم ولا يمكن تعويضـه بتنبيه أى طرف من الطرفين المقطوعين واذا كان من المعقول أن نستأصل العين وننبه طرف العصب البصرى فى بحث النظر كان من المعقول أيضاً أن نقطع طرف العصب الصاعد وننبهه فى معرفة فائدته والمشاهدات الاكلينيكية فى فائدة الاعصـاب الصاعدة كثيرة وكل سلسلة الظواهر فى الالم الفؤادى ليست الا مشـاهدة من تأثير نشاطها فالالم وضيق الصدر وسيلان اللعاب وكل العلامات الأخرى كلها تدل على أن تنبيهاً حصل فى القلب وأرسل الى المراكز العصبية ولـكن لا يزال غير معلوم منبع وكنه هذه التنبيهات وهى موضع اختلاف كثير

ويجب أن نبحث هذه المسائل باخصائيين كما يجب أن يعرف السر فى استمرار جهل هذه الاشياء مع المجهود المتواصل فى البحث عن فائدة هذه

الاعصـاب ويظهر أنه يجب السعى من طريق آخر خلافاً لماكان متبعاً فى طرق البحث التى كانت مستعملة فى الماضى ويجوز أن يكون الطريق الموصل فى هذا البحث هو استعمال الفرص المتاحة للمشاهد الاكلينيكى ؟ تعريب

الدكتور محمد مبارك

العنة فى النساء

يطلق هذا النعت على المرأة عند ما يتعـذر عليها مشاركة الرجل فى اتمام الوظيفة التناسلية اتماماً طبيعياً

وبصرف النظر الآن عن العاهات العضوية المستعصية والامراض العمومية الشديدة فان العنة قد تتولد عن كل ما يعيق الايلاج وبالتالى يحول دون تأدية الفعل الجنسى بشكل طبيعى

والى حضرات القراء بعض أسباب تلك الحالة وعلاجها بايجاز

اولا — التصاقات الشفرين

قد تكون تلك الالتصاقات خلقية أو وليدة التهابات وارتشاحات صديدية موضعية وهنا قد يفرز الغشاء المخاطى المهبلى مواد لمفاوية عقب الصديدية تتحول الى الياف يشتبك بها الشفران بعضهما ببعض

العلاج — اذا كانت تلك الحالات حديثة العهد يمكن تخليص الشفرين الملتصقين بفصلهما بلطف عن بعضهمـا البعض بالاصبع . فان لم تفلح تلك الطريقة أو تعـذر اتمامها يصير ادخال Director صغير بقرب الصماخ البولى خلف الالتصاقات ومحاولة تمزيق الالتصاقات من الخلف بجذب تلك الآلة الى الامام والاسفل . فاذا اخفقت تلك الطريقة بسبب متانة الالتصاقات نعمد الى المشرط وبعد فصل الشفرين يصير وضع غيارات مطهرة بينهما لمنع اشتباكهما مرة أخرى حتى تلتئم الجروح

ثانياً — تصلب غشاء البكارة وانسداده

قد لا يكون غشاء البكارة صلباً فقط لدرجة يتعذر معها اقتحامه بل قد يكون ايضاً خاليـاً من الثقب المعتاد فيمتنع بذلك تصريف دماء الطمث التى تفتتح عهـد البلوغ فى البنت وتنشأ عن ذلك سلسلة الاعراض الآتية : آلام شديدة بأسفل البطن والقطن وبعد زمن يظهر باسفل البطن ورم حساس يتألم بالضغط عليه ويصحب ذلك حركة حمية وصعوبة فى التبول والتبرز ويظهر ما يشبه حالة سقوط فى جدر المهبل

العلاج — يبدأ بعمل فتحة صغيرة فى الغشاء المسدود أو تجرى عمليـة بذل لسحب جزء قليل من الدم المخزون يقلل من ارتفـاع الضغط الحاصل وبعدها يصبح من الميسور تفريغ باقى الدم بعمل فتحة كافية لنزوله دفعة واحده أما فى الحالات المتأخرة المنذرة بحصول أو الحاصل فيها تسمم دموى فيجب عمل فتحة كبيرة باول فرصة لاستفراغ السوائل المخزونة واستعمال المطهرات الموضعية

واذا دعى الطبيب أو القابلة لفحص حالة قيل له انها تصلب بغشاء البكارة يجب عليه أو عليها أولا ان يتأكد بالفحص أنه حقيقة أمام حالة تصلب لانه ثبت فى عدة حالات من هذا النوع ان تكون الغلطة فى جانب الرجل وحده لعجزه الادبى ولضعف الانتصاب عنده أو لقصر مدته الناجم عن سرعة القذف

أما علاج التصلب الغشائى فيقتصر على عمل فتحة ذات شكل صليبى أو نجمى فى الغشاء ويوضع غيار فازلين نقى أو ما شاكله ليمنع حدوث التصاقات ويستعان بعد ذلك بتمرير منظار مهبلى مرة كل يوم لمدة بضعة أيام وبعد ذلك يترك إتمام العلاج للمباشرة الزوجية القانونية

ثالثا — الانسداد المهبلى المكتسب

من اسبابه الالتهابات المهبلية التى يعقبها التصاقات . التمزقات المهبلية الناجمة عن تعسر الولاده التى يعقبها غرغرينة تنتهى عادة بالتصاقات مهبلية . أضف

الى ذلك حالات الحروق والاصابات الاخرى المتنوعة وانكماش القروح الزهرية ويشاهد عقب بعض الحميات المنهكة حدوث غرغرينة قد ينشأ عنها نواسير بين المهبل والمثانة أو بينه وبين المستقيم — ولا ننسى ايضاً امكان حدوث التهاب مهبلى أو غرغرينة من استعمال دوشات مهبليه بمحاليل موادكاوية أو قابضة بنسب تزيد قليلا أو كثيرا عن القدر القانونى مثل نترات الفضة وكلورور الحديد والسليمانى

العلاج — قد يتخلف عادة عن هذه الحالات مسالك متعرجة يصح ان نتخذها دليلا لنا فى اعادة فتح المجرى المهبلى بالاصبع مستعينين عند مصادفة أى مقاومة فى الانسجة بالمشرط ثم نضع انبوبة أو غيار مطهر حتى تلتئم الجروح

رابعا — الانقباض المهبلى العصبى Vaginismus

ان تلك الحالة لاكثر انتشاراً مما نظن أو نقدر لها عادة غير ان السيدات لحيائهن أو لخوفهن من ألم المعالجة يحجمن عادة عن عرض ذواتهن على الاطباء وان مجرد ادخال الاصبع الفاحص فى المهبل يولد ألما مبرحاً وانقباضاً مهبلياً شديداً قد يتعذر معه سحب الاصبع . فاذا أهملت تلك الحالة طويلا وظلت المريضة تقاسى آلاما متكررة عند كل محاولة فانها تفقد تدريجيا حاسة الميـل الجنسى ثم تمقته وتنفر منه وتصبح فى حالة ضعف عام عصبياً وجسديا

وقد تتأتى تلك الحالة فى الغالب من عاهات موضعية مثل التهاب الفرج أو المهبل . اكيـاس وخراجات بغدد بارثولين . التصاقات مهبليه . تشققات وزوائد لحميه مؤلمة Caruncles لدى فتحة الصماخ البولى . التهابات بالرحم أو البوق أو المبيض . وقد يكون سقوط المبيض وآلام الجماع التى تصحبه سببا لتشنجات جدر المهبل الذى نحن بصدده . وربما لانجد أثراً لشىء من ذلك كله انما نلاحظ أن المريضة ذات مزاج عصبى أو من ضحايا الهستيريا

العلاج — يجب أن تتوسد المريضة فراش الراحة وأن تمسك عن المباشرة الزوجية أو أى فعل آخر يثير فيها العاطفة الشهوانية . وأن تواظب على الجلوس

فى حمامات ساخنة . وأن تغمر أعضاء تناسلها الظاهرة بمحاليل مسكنة مثل البورق وتحت خلات الرصاص وحامض الهيدروسيانيك المخفف مع الافيون أو الصودا الخ ثم يصير استعمال المحاليـل المذكورة بصفة دوشات مهبلية . ويمكن تجربة استعمال تحاميل مهبليه مسكنة مثل مركبات المورفين والبلادونا وخانق الذئب والكوكايين أو مراهم من نفس تلك المسكنات . فان لم تحتملها المريضه تعمد الى اقماع المورفين لبوس بالشرج . ويعطى فى الوقت نفسه البرومور مشفوعاً بعد حين بالكينين والحديد والاستركنين الخ

واذا وجد أى تشققات أو قروح موضعية يصير معالجتها بمسها بمحلول حامض الفنيك القوى ثم التغيير عليها باليوسول أو ما شاكله مع الراحة للمريضة . ويكفى لعلاج التشققات السطحية البسيطة أن تمس بنترات الفضة ثم يغير لها بمحلول الرصاص

أما الازرار اللحمية الحساسة التى تظهر أحيانا على انقاض غشاء البكاره الممزق فيجب استئصالها جراحياً

كذلك يجب استئصال الزوائد المؤلمة التى توجد أحيانا عند فوهة مجرى البول وفتح خراجاب بارثولين الخ

فاذا بقى بعد كل ذلك تشنجات مهبلية اثناء المباشرة الزوجية فيجب تخدير المريضه وتوسيع المهبل اما بالاصبع أو بالآلات المستعملة لهذا الغرض مثل موسع ماريون الزجاجى . ويحسن أن نبدأ دائما باصغر موسع ثم بالاكبر فالاكبر كما نعمل بموسع هيجار فى حالات ضيق عنق الرحم . ويستعمل الموسع نحو ساعة كل يوم لمدة عدة أيام .

وبعد الشفاء يجب تنبيه المريضة لاستعمال مراهم بسيطة عند فوهة المهبل قبيل الاقتراب السرى لتسهيله ميكانيكيا .

لذة الجماع الكبرى

للدكتور فخرى

تابع ما قبله

(٣) دور الانزال

Ejaculation stage

يبدأ هذا الدور فى اللحظة التى يبدأ فيها المنى فى النزول من عضو الرجل (وفى فرصة أخرى قد يسعدنى الحظ بان القى على حضراتكم محاضرة خاصة بمبحث « ما معنى الانزال ؟ وهل هو عملية خاصة بالرجل فقط أوبالرجل والمرأة على حد سواء ») حتى ينتهى انزال هذه المادة الحيوية ويبدأ دور الخمول . واللحظة التى يبدأ فيها « نزول المنى Acme أو ما يعبر عنه العلماء الالمان بـ Akme » هى آخر مرحلة مما نسميه لذة الجماع الكبرى ، فبمراجعة الشكل نمرة ١ ترون حضراتكم أن دور الانزال يبدأ فى اللحظة التى يبدأ فيها الخط المتعرج فى الانحدارو ينتهى عند ما يصل الخط المتعرج الى الخط السفلى الأفقى وسترون حضراتكم بعدئذ أنواعاً من الجماع التى ينعدم فيها دور الانزال وأنواعاً يتأخر فيها حصول الانزال وأنواعاً يكون الانزال فيها سريعاً

فيسيولوجيا دور الانزال

يتم الانزال على قسمين : —

(القسم الاول) يحصل انقباض عضلى فى « الفاظ ديفرينس — القناة الطاردة Vas deferens وفى الحويصلات المنوية وفى البروستاتا ، وهذا

الانقباض العضلى نتيجة نشاط « الجهاز العصبى الحساس Sympathelic system »

(القسم الثانى) هو دفع المنى الذى تكون من افرازات البروستاتا والافرازات التى خرجت من الحويصلات المنوية على طول مجرى البول لخارج فتحة القضيب الأمامية، ويقوم بعملية الدفع هذه عضلات « ايسكيوكافيرنوسا وبلبوكافيرنوسا » من القضيب ، وغنى عن البيان أن نقول أن هذا النشاط العضلى يعود لنشاط الجهاز العصبى المحرك

ولقد دارت مباحث علمية كثيرة حول تحديد « مركز الانزال » فى الجهاز العصبى فالعلامة Miiller يعتقد أن هذا المركز موجود فى الجزء الظهرى من النخاع الشوكى ويشاركه فى هذا الاعتقاد عدد من رجال التناسليات السالفين

ولكن اكثرية رجال التناسليات والفيسيولوجيين الحديثين يرجعون وجود هذا المركز فى القطاع الثانى من القسم العجزى فى النخاع الشوكى (راجع صحيفة ١٥٠ من الجزء الثالث من كتاب «باثولوجيا التناسل» للعلامة هيرشفلد)

وهنا استلفت حضراتكم الى ما اعتبره أهم نقطة فى محاضرتى هذه ، وهو أن لذة الجماع الكبرى شىء مستقل تمام الاستقلال عن الانتصاب والانزال ، وان لذة الجماع الكبرى لها مركز خاص فى الجهاز العصبى غير المراكز الخاصة بالانتصاب والانزال ، نعم أنها تنتج عن تمام نجاح الانتصاب والانزال ولكنها عبارة عن شعور يتنبه اليه المخ بواسطة تموجات عصبية تصعد على النخاع الشوكى وتمر فى « الميدلله Medulla حتى تنبه المراكز النفسية العليا التناسلية ، فهى مستقلة عن المركز العصبى الخاص بالانزال ، واذا ما تذكرتم أن بعض الأطفال الذين يتبعون العادات السرية يشعرون عند استعمال هذه العادات بنوع من اللذة يشبه لذة الجماع الكبرى عند الشبان والرجال مع أن هؤلاء الأطفال لا ينزلون مادة حيوية لعلمتم أن الشعور باللذة مستقل عن الأنزال . واذا ما تذكرتم الحالات المرضية التى يصاب فيها النخاع الشوكى بامراض

قطاعية لعلمتم أن كثيرا من هؤلاء المرضى — مثلا مرضى التابيس دورساليس يتم لهم الانتصاب والأنزال لسلامة مراكزهما الموجودة فى القسم العجزى من النخاع ولكنهم لا يشعرون بلذة من الانتصاب والانزال لاستحالة وصول التموجات العصبية التناسلية للمراكز النفسية العليا فى المخ وسترون حضراتكم اهمية هذه النقطة بعدئذ عند ما نتكلم عن بعض أنواع الأمراض التناسلية النفسية .

ويتوقف حصول الانزال بنجاح فيسيولوجى على العوامل الآتية : —

(١) سلامة الانتصاب الكلى

(٢) سلامة المراكز العصبية الخاصة بلذة الجماع الكبرى وبالأنزال نفسه

(٣) سلامة الأعضاء المفرزة للمنى والموصلة هذا المنى الى الحويصلات المنوية ، وسلامة الغدد التناسلية الأخرى التى تساعد افرازات البروستاتا على جعل المنى فى حالته النصف لزجة بعد ان كان لزجا قبل اختلاطه بهذه الافرازات ، وسلامة العضلات التى فى القضيب الخاصة بدفع المنى لفتحة القضيب الأمامية حتى يصل داخل المهبل

وأى ضعف أو اختلال فى سلامة هذه الأعضاء يضعف نجاح الأنزال ، فاذا ضربنا صفحا عن الحالات الباثولوجية الميكروبية أو التوكسينية أو الناركوتية التى اعتاد الاطباء عندنا رؤيتها ودراستها كالتى تتسبب مثلا عن السيلان أو الزهرى أو الحميات أو الأمراض الزلالية والسكرية أو البلهارسيا فاننا نقف وجها لوجه أمام مجموعة ضخمة من الامراض التناسلية الغير الميكروبية التى لها تأثير كبير على سلامة ادوار الجماع كلها وخصوصاً دورى الانتصاب والانزال وهذا ما سنتكلم عليه بعد أن نذكر شيئاً عن : —

(٤) دور الخمول

Exhaustion Stage

فى الجماع الطبيعى يبدأ دور الخمول عند نهاية دور الانزال تماما ، وهو عبارة عن نوع من التعب البسيط المصحوب بشعور ارتياح وفى بعض الاحيان يكون مصحوبا بقليل من شعور بلذة ، وهذا الشعور بالتعب البسيط المصحوب بارتياح أو قليل من اللذة هو «بارومیتر» مقياس كمية الجماع الواجب على المتزوجين اتباعها فى حياتهم الزوجية . وترى دور الخمول فى شكل نمرة ١ فى جزء الخط المتعرج عند ملامسته للخط السفلى الافقى ولوحظ بالتجارب العملية الاخيرة أن دور الخمول يصيب الرجال بسرعة بعكس النساء اللواتى يصبن به عند الجماع ببطء ، ولوحظ ايضاً ان دور الخمول يصيب الرجال لمدة أطول من المدة التى يستغرقها عند النساء . وحقيقة دور الخمول عند الرجال والنساء الفيسيولوجية هى أنه دور يستغرق الوقت الكافى للجهاز العصبى والدورة الدموية فى الجهاز التناسلى عموماً حتى يسترجعا حالتهما الطبيعية بعد الهزة العنيفة التى أصابتهما فى عملية الجماع العظيمة ، فهى تشبه فى ذلك لحد محدود عملية ضمور الرحم عقب الولادة أو عمليـة اراحة أى عضو عقب صدمة تصيب هذا العضو ، فحالة الجماع السليم الطبيعى هى تشبه عملية ضمور الرحم عقب الولادة لانهـا عمليتان فيسيولوجيتان ، وفى حالة الجماع المصحوب باجهاد لسبب من الاسـباب هى تشبه عملية اراحة أى عضو عقب صدمة تصدمه ولذلك نرى دور الخمول فى هذه الحالات يستغرق وقتاً اكثر من الوقت الذى يستغرقه عقب الجماع السليم الطبيعى

والآن وقد ذكرت لحضراتكم لمحة بسيطة من أدوار الجماع الاربعة فاسمحوا لى أن أضيع عليكم بعض وقتكم الثمين فى شرح بعض النقط الحيوية عن بعض

الامراض التناسلية الغير الميكروبية التى لها علاقة متينة بفهم لذة الجماع الكبرى مع تأثير ضخم على تكوين أدوار الجماع الاربعة

وأعود وأكرر لحضراتكم اننا بعد الاطلاع على هذه الحقائق العلمية البحتة يمكننا أن نقدر عظمة تأثير هذه الامراض التناسلية على أجهزة الجسم العصبية والدموية والهضمية وغيرها فنبدأ فى العناية بتمحيص حالات الامراض الباطنية والعصبية تمحيصاً يليق بمهنة الطب الحديثة التى تجردت من قيود الخجل القديم والخضوع لافكار ونظريات عتيقة مضحكة وهمية ، ولذا نقول : —

لمحة عن الامراض التناسلية الغير الميكروبية

كان يظن كثيرون أن الامراض التناسلية تقف عند حد مرض الزهرى والسيلان والقرحة الرخوة والهيربس التناسلى والتهابات الحشفة الخ ... الخ .. من الامراض التى اعتدنا ذكرها كامراض يكثر اتصالها بالاعضاء التناسلية ، ولكن حضراتكم تعلمون جيداً انه يوجد الان مانعرفه عن الامراض التناسلية غير هذه الامراض الميكروبية مما نسميه أمراضا غير ميكروبية . وهذه هى أمراض تصيب الجهاز التناسلى وتفتك به بواسطة عوامل غير الميكروبات فتؤثر على الانسان تأثيرا عصبيا شديدا

ثانيهما — تفقد الانسان كمية كبيرة من الافرازات الغدد التناسلية الحيوية بطريقة غير طبيعية فيؤثر ذلك تأثيراً سيئاً على باقى اجهزة الجسم ولكنه فى نفس الوقت يفتك بالجهاز التناسلى ويجعله ضعيفاً جداً واحيانا يجعله غير صالح لوظائفه الفيسيولوجية كلية ، ويتساوى فى هذا الذكور والأناث فى مسألة اضعاف لذة الجماع الكبرى .

ويضيق نطاق هذه المحاضرة عن شرح هذه المسائل ولكننى على استعداد

تام لالقاء محاضرات مختلفة على حضراتكم فى جمعيتنا الطبية اذا تنازلت الجمعية وشرفتنى بشرف تكليف أنفسكم لسماع هذه المواضيع الحيوية . ولكن هذا لا يمنعنى من أن اذكر شيئاً عن هذه الامراض التناسلية الغير الميكروبية له علاقة كبرى بموضوع اليوم

العادات السرية ولذة الجماع الكبرى

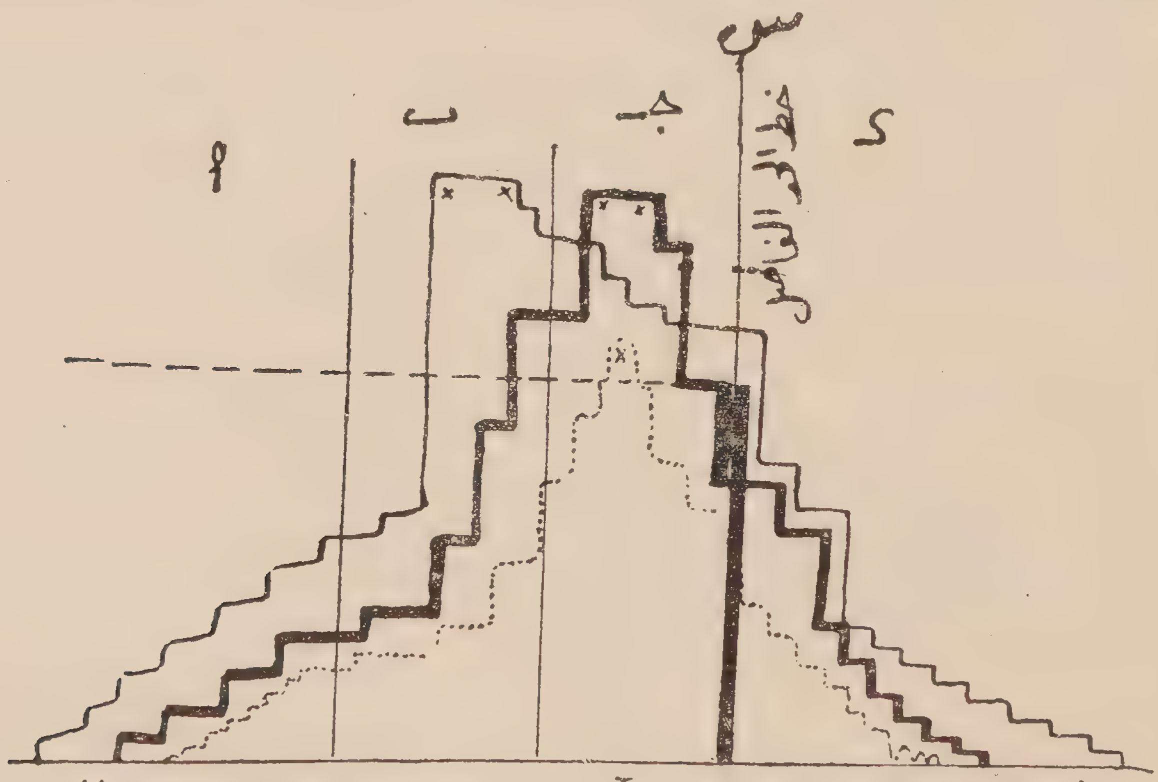
لا يقدر فظاعة تأثير العادات السرية على من يستعملونها من الذكور والاناث فى فقدان لذة الجماع الكبرى الا من يشتغل بدراسة ومعالجة هذه الطبقة من المرضى ، ولا يمكن غير هؤلاء تصور الصورة البشعة التى تكون فيها صحة هؤلاء المرضى من حيث شهية الطعام أو قوة النظر أو القدرة على العمل من حيث المجهود الجسمى أو العقلى مما فى ذلك من تأثير على قوة الذاكرة أو الاستنتاج أو الملاحظة أو الحفظ . . الخ من باقى القوى العقلية . ومن لا يسعده الحظ بفحص ومعالجة هؤلاء المرضى عليه أن يراجع مجلة العلوم التناسلية التى تصدر فى برلين أو يراجع مؤلفات أو يلنبورج ، أو كيش ، أو هير شفيلد أو فرويد ، أو كرافت ايبينج ، أو هافيلوك ايليس ، أو نوتسينج أو .. أو . . فيرى صورة مرضية يجب علينا مع أنها تناسلية أن نضيفها دائما الى « ايتيولوجى » أمراضنا الباطنية أو العصبية أو العقلية فى كل مؤلف طبى يدرسه طلبة وأطباء وأساتذة الطب فى أى فرع من الفروع .

ونكتفى هنا بان نذكر ما للعادات السرية من تأثير على لذة الجماع الكبرى وبما أن العادات السرية المختلفة لها تأثير مختلف على الجهاز التناسلى فيمكننا أن نقسم هذا التأثير كالاتى اجماليا : —

(١) تأثير على حساسة الاعضاء التناسلية الخارجية .

(٢) تأثير على حساسة وتكوين الاعضاء التناسلية التشريحى . وهذان

التأثيران يؤثران على أعصاب وعضلات وافرازات الأعضاء التناسليـة وباقى الجهاز العصبى التناسلى فيضعفانها ، وفى هذا الاضعاف يتسببان فى اضعاف كل أدوار الجماع المعروفة . خذ لذلك مثلا : — « هيستيريا الشابات » هذا مرض يصيب الفتيات فى سن السابعة عشرة الى سن العشرين أو الثانية والعشرين واحيانا يشخصه الأطباء تشخيصا خطأ فيقولون « انيميا الفتيات » ويصفون لهن كل أنواع الادوية والعقـاقير المضحكة مثل « حبوب بلود » و « امزجة حديدية أو زرنيخية » و « حقن جلدية مقوية » ونحن نعرف اننا اذا ابعدنا عنصر الوراثة من هذا المرض امكننا أن نؤكد عن ثقـة أن كل أنواع مايسمونه هيستيريا الشابات واكثرية فقر الدم عند الشبان يعود فى «ايتيولوجيته» الى أسباب تتعلق بحياة الشابات التناسلية . فاذا غضضنا الطرف الان عن أنواع ما تعالج به هاته الشابات وفكرنا قليـلا فيما يصبن به فى لذة الجماع الـكبرى اذا ما تزوجن بعد قليل أو كثير من الوقت لعلمنـا انهن يصبحن زوجات



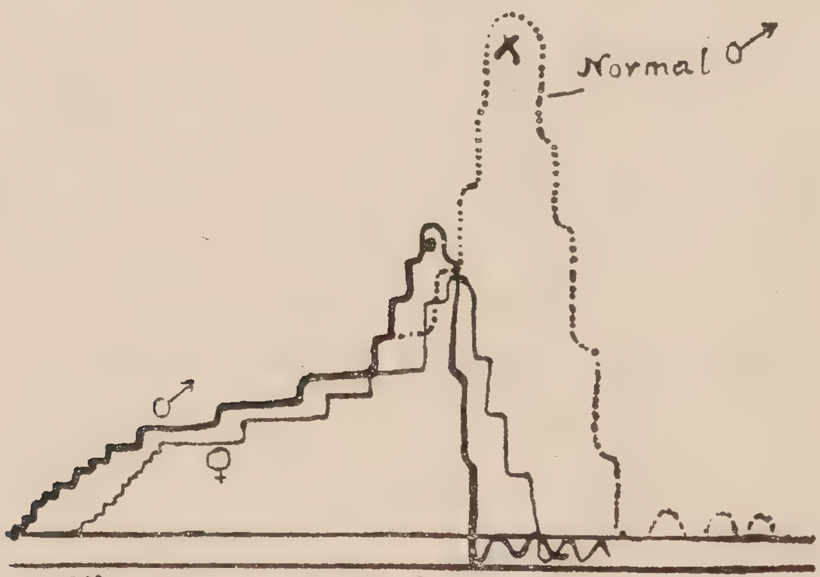
Hysteria in women (Ida Fischer & F.M. Farag)

(شكل ٢)

تعيسات وأن ازواجهن يصبحون تعساء بواسطتهن . انظروا للشـكل نمرة ٢ وهو يمثل الخط المتعرج لعملية الجماع عند هؤلاء الفتيات بعد أن تساعدهن

الظروف المشروعة أو غير المشروعة على القيام بالجماع . وفى هذا الشكل ترون أن الخط السميك يمثل الرجل والخط الرقيق يمثـل المرأة والخط المركب من نقط يمثل شكل عملية الجماع الطبيعية عنـد النساء ، فتجدون أن الشابة التى كانت تتبع العادات السرية التناسلية المختلفة أو بعضها صارت عنـد الجماع تشعر باكبر لذة للجماع قبـل أن يصل من يجامعها لهذه اللذة ، وفى حالات كثيرة يصبح البظر والشفران الكبيران والصغيران فى حالة تنبـه وحساسة شديدين يجعلها تتنبه لأقل لمس تنبه تناسلى شديد فلا يبدأ الجماع حتى تشعر المرأة بما تشعر به النساء عادة كشعور الانزال عنـد الرجال ويحل بها دور الخمول . وامرأة كهذه لا يجد معها زوجها لذة عند الجماع ، وكلما تكرر هذا العمل كلما تأثرت نفسية زوجها التناسلية ، وكلما تأثرت نفسية زوجها التناسلية كلما ابتدأت هى أن تشعر بتضايق زوجها فتزداد حالتها العصبية ، وهنا تقع الطامة المرضية الكبرى ، لاننا عند ما نفكر فى معالجة مثل هذه الحالة لارجاع لذة الجماع الكبرى لهذين الزوجين نجد انفسنا أمام « حلقة خبيثة مرضية مزدوجة » وهى « هل هى هيستيريا الشابة التى تزيد فى شدة تنبهها التناسلى أم هى شدة تنبهها التناسلى التى تزيد فى هيستيريتها ؟ » و « هل سرعة حلول دور الخمول عند الشابة هى التى تسبب الاشمئزاز النفسى عنـد زوجها أم ان شعورها باشمئزاز زوجها النفسى هو الذى يزيد فى تهيج اعصابها فيساعدها ذلك على سرعة حلول دور الخمول عندها؟ » ولا يغيب عن حضراتكم ما يصحب هذا الموقف من تأثير كبير على حالة الزوج والزوجة العصبية وما يصحب هذا من اختلال الهضم واضمحلال الشهية للطعام وما يعقب ذلك من امساكات أو اسهالات ومن انيميا وضعف فى الاعصاب اوصداع شديد وارق لانهاية له . ويزيد فى بؤس هذين الشخصين كثرة ترددهما على الاطباء للاستشارة فى حالة الاعراض الثانوية التى ذكرتهـا لـكم وعجز هؤلاء الاطباء عن معرفة سبب هذه الاعراض الحقيقى وهو سبب تناسلى محض فيجب معالجة مثل هذه الحالات على هذا الاساس التناسلى .

هذا اجمال بسيط لبعض ما يحصل للشابات عند ما تكون أعضاؤهم الطبيعية باقية على حالها ، وأما ما يحصل لمن عملت لهن عملية الطهارة النسائية فبدلا من أن يحل تأثير عاداتهن السرية على البنظر والشفرين يحل كل التأثير على غددهن التناسلية الداخلية خصوصاً المبيض ، ولذلك نرى أكثريتهن تشكو من اضطرابات شديدة قبل وبعد أيام الطمث وعند الجماع لا يقف تأثير ماوصلت اليه حالاتهن عند حد استعمال دور الخمول وجعله شديداً بل أن نفس الجماع فى كثير من الحالات يكون مصحوباً بآلام مختلفة فى شدتها أو ضعفها وأحياناً تمتد هذه الآلام من نفس الاعضاء التناسلية الى أسفل العمود الفقرى وفى المنطقة التى تحت الكليتين فيصبح الجماع عذاباً بعد ان كان فى أصله لذة كبرى . وأما ما يحصل للذكور كنتيجة لكثير من العادات السرية فهو نقص فى لذة الجماع الكبرى وضعف فى الانتصاب وقصر فى دور الانتصاب والانزال



Ejaculatio praecox beim Manne. 383 IMF
(Reprod Hirschfeld)

شكل ٣

وسرعة فى حلول دور الخمول مع شعور بتعب وانحلال شديد عقب الجماع . واذا راجعتم الشكل نمرة ٣ لوجدتم أن لذة الجماع الكبرى عند الرجل قصيرة بالنسبة لما هى فى الحالات الطبيعية الممثلة فى الخط المركب من نقط ما لوجدتم أن دور الانتصاب قصيراً ودور الانزال سريعاً ، ولوجدتم أن دور

الخمول شديداً ولذلك تجدون الخط المتعرج نزل عن الخط الاسفل الافقى عند الرجل والمرأة . وأهم ما يلاحظ فى مثل هذه الحالات حالات الانزال بسرعة Ejaculatio prœcox

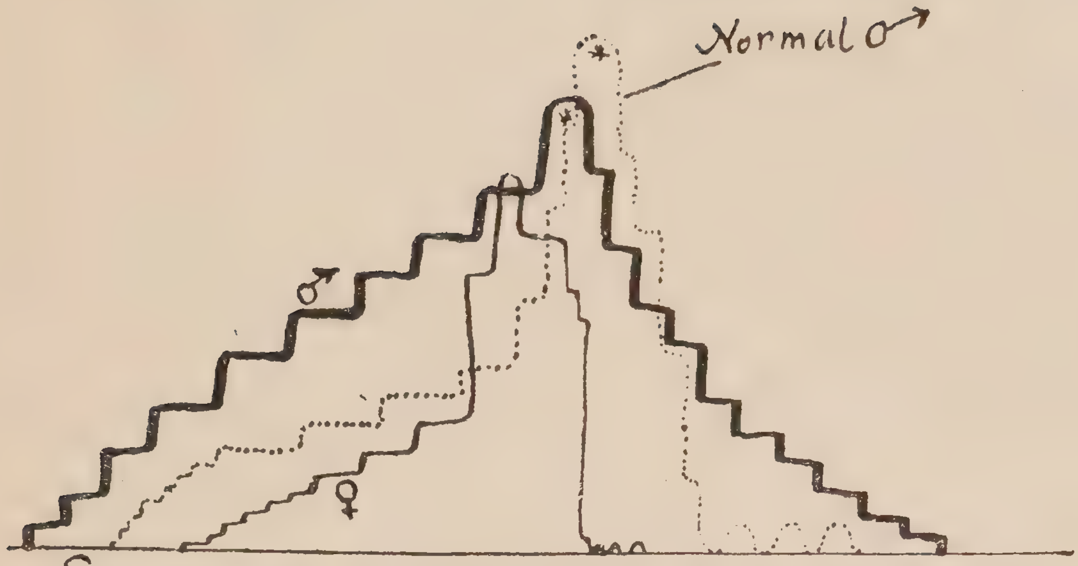
ان انزال الرجل بسرعة يحرم المرأة من الوصول للذة الجماع لأنه يتسبب فى رجة عنيفة عكسية فى مراكزها العصبية التناسلية العليا والنخاعية فينتهى الانتصاب عندها فجأة وينعدم دور الانزال وتصل من الانتصاب مباشرة الى دور خمول شديد .

فاذا غضضنا الطرف الآن عن الامراض الميكروبية التى تتسبب فى الانزال السريع لوجدنا أنه يتسبب فى الحالات غير الميكروبية اجماليا عن تضخم فى القناة الطاردة أوالحويصلات المنوية مع تضخم مصحوب باحتقان فى نفس هذه الحويصلات قد ينتج عنـه أحياناً منى دموى وتضخم قليل أو كثير فى خلايا الاوعية البروستاتية ، ويصحب هذا التضخم والاحتقان التهـاب بسيط فى الاعصاب التى تغذى هـذه الاعضاء موضعيا وأحياناً ينتهى هذا الالتهاب باضمحلال عصبي داخل هذه الاعصاب يفقـدها سلطانها الدقيق على نقل الاشارات العصبية الخاصة بعملية الجماع ، وهذا هو مايحصل لهؤلاء المرضى فى الدور الذى يسبق مرض « الديمينشيا Dementia » مباشرة حيث تنزل السوائل المنوية بدون شعور المريض باستمرار حتى اذا لم يقم بعمل العادة السرية التى أوصلته لهذا المرض الشنيع .

هذا ملخص عن الانزال السريع ، وأما دراسة « الانزال المتـأخر » فدراسة أدق جداً من دراسة النوع السابق لانها تشمل أكثرية الامراض النفسيه التناسليه الا مرضا واحداً شهيراً بينها وهو : —

« **المرض السادى** Sadism »ولذا نتكلم الآن باجمال عن هذا المرض قبل الـكلام عن الانزال المتأخر . هذا المرض يصيب عدداً ليس بالقليل بين الطبقات المتمدينه، وأذكر أننى عالجت فى القاهرة أربع حالات من هذا النوع وهذا العدد كاف فى اعتقادى برقينا فى المدنية التناسليه الفاسدة ولو أن هذا النقص يعتبر فى نفس

الوقت كدليل على ابتداء انتشار العقليات الدقيقه فى بلادنا . سمى هذا المرض بهذا الاسم نسبة لرجل من أشراف فرنسا اسمه « الماركيز دى ساد » أشتهر بفساد الاخـلاق والانغماس فى الشهوات والف كتباً شهوانيـة وكتب مذكرات نجد فيها نحن رجال التناسليات لذة كبرى عنـد تحليلها واستنتاج ما يمكن استنتاجه منها . هذا المرض عبارة عن « مرض نفسى تناسلى يصيب الشخص فيجعله لا يتمتع بلذة الجماع الكبرى الا اذا استعمل أنواعاً من القسوة والخشونة مع الشخص الذى يجامعه واحتمل هذا الشخص قسوته » وتوجد أنواع مختلفة من هذا المرض ولكنها كلها تدور حول محور هذا التعريف. ولكن من يمرض بهذا المرض قد لا يجد دائماً شخصاً يجامعه ويقبل احتمال قوته وخشونته ، لان هذه القسوة تصل أحياناً لدرجة الوحشية الحيوانية الباقية آثارها فى بعض الادميين على ممر عصور تطور الانسان فى رقيه . ونعرف من علم الحيوان أن كثيراً من الحيوانات تستعمل القسوة كشىء طبيعى مع أناثها عنـد الجماع وهذه الاناث تحتمل من ذكورها هذه القسوة برضاء ولذة ، فمثـلا ترى « الديك » يغرس منقاره فى رأس « الفرخة » عند الجماع ، وترى القط عند ما يهجم على القطة للجماع يغرس أنيابه الدقيقة فى عنقها ولا يحرمها من أن يغرس مخالبه فى جلدها من حين لحين خصوصاً قبل الانزال ، وبعض الحشرات يعدم ذكورها اناثها بعد الاختلاط الجنسى ، وفى النحل ترى « ملكة النحل » مصابة بالمرض السادى لانها بعـد أن تتلقح من الذكر تقوم بمذبحة الذكور المشهورة ، وهذا نراه مجسما فى النساء اللواتى يصبن بالمرض السادى فانهن لا يشعرن بلذة الا اذا آلمن الرجل الذى يجامعهن . ومن يصـابون بهذا المرض تختلفون عن بعضهم فى الطريقة التى يتبعونها فى قسوتهم ، فبعضهم يميل لان « يعض » من يجامعه فى شفته او فى نقطة اخرى من جسمه حتى يدمى مكان « العضة » وبعضهم يميل لان يغرس « دبوسا » أو « مطوة » فى جلد الشخص



Sadismus (Ida Fischer & F. M Farag.)

(شكل ٤)

الآخر عند الجماع أوقبله ، و بعضهم « يخربش باظافره » وبعضهم يميل لضرب الشخص الآخر ودفعه بقوة . وبعضهم يميل الى أهانة الشخص الآخر ادبيا باقبح الالفاظ وأوسخها وهكذا وهكذا من طرق القوة والخشونة .

فتصوروا مريضاً من هؤلاء تقع بين يديه امرأة لا تعرف عنه ذلك . وانظروا للشكل نمرة ٤ فترون الخط المتعرج السميك مظهراً لحضراتكم ادوار الجماع بين هذين الشخصين . هى ترفض قسوته ، وهو لا يجد لذته ، فبدلا من ان كان الانتصاب مصحوبا بدفعات ارتفاع طبيعيه كما فى الشكل نمرة ١ ترونه خالياً من الدفعات وترونه فى ارتفاع تدريجى ، ثم يحصل الانزال تدريجيا عند الرجل بعد ان قصرت مدة الانتصاب وقلت لذة الجماع ، واما المرأة فيحصل عندها ألم نفسى كبير يوصلها لدور الانزال بسرعة تنعدم معها لذة الجماع الكبرى . (يتبع)

محضر الجلسة العلمية الثانية والعشرين

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة يوم الخميس ١٦ اكتوبر سنة ١٩٢٤ بالمستشفى الأميرى تحت رئاسة حضرة الدكتور عبد العزيز افندى عمران و بحضور عدد من الزملاء

وفتحت الجلسة الساعة السابعة ونصف مساء . فقام سكرتير الجمعية الدكتور عبد الواحد الوكيل والقى كلمة أبلغ الهيئة فيها وفاة المرحوم المبرور الاستاذ الجليل الدكتور عيسى حمدى باشا رئيس الجمعية الطبيـة المصرية . وعدد مآثره الغراء . وطلب ايقاف الجلسة خمس دقائق حدادا على فقده . فوافقت الهيئة . ثم أعيدت الجلسة . فقدم حضرة (الدكتور ابراهيم صبرى) رئيس قسم الجلد بالمستشفى الاميرى بالاسكندرية ثلاثة من مرضى قسم الجلد . أحدهم مصاب بمرض نادر هو (ميكوسس فنجويدس) Mycosis Fungoidis أما الثانى والثالث فعرضهما على الزملاء لاظهار تأثير العلاج بأشعة اكس X-rays لمرض أحدهما بالدرن الجلدى Lupus Yulgaris والآخر بقراع وكانت نتيجة العلاج فى كليهما مكاللة بنجاح تام . ثم قام حضرته بعد ذلك بالقاء محاضرته المنشورة فى غير هذا المكان عن (الجديد فى دراسة السيلان) . و بعد القائها دارت المناقشات فى موضوعها

فالدكتور احمد حامد أشار الى امكان عمل فحص مشابه لفحص (فاسرمان) للدلالة على الاصابة بمرض السيلان . وانه يمكن بهذه الواسطة أيضاً التأكد من شفاء المرضى بذلك الداء

فذكر الدكتورصبرى انه يرى أنه لا توجد طريقة نهائية للدلالة على الشفاء من السيلان . وانه لا يظن أن فحصاً كفحص(فاسرمان) للسيلان يكون له نتيجة حاسمة مؤكدة يمكن الاطمئنان الى الركون اليهما .

والدكتور احمدى قدرى أبدى شكا فى امكان وجود العدوى فى بعض الاشخاص بصفة أحدهم حاملا Carrier للسيلان كما ذكر المحاضر فى مقاله

فاجابه المحاضر بأنه شاهد عدة أحوال مضى على بعضها ٣٠ يوما وعلى البعض الآخر ٤٢ يوما بعد آخر اتصال بامرأة مريضة . ثم ظهر عليهم السيلان بعد اصابتهم بحمى أو حادثة . وانه يفسر ذلك بان الحالة الدفاعية بالجسم تكون كافية فى بادئ الامر لصد غارة البذرة السيلانية . ولكنها اذا ضعفت لأى سبب أعطيت الفرصة لنمو تلك البذرة وظهور المرض . ثم أشار ردا على سؤال أن له ثقة تامة فى واحدة من تلك الحالات على الاقل بان المريض لم يكذب فى ذكر تاريخ اتصاله بالمرأة المريضة

ثم دارت عدة مناقشات أخرى . وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة ونصف مساء م

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة العلمية الرابعة والعشرين

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة بالمستشفى الاميرى الساعة السابعة من مساء الثلاثاء ٩ ديسمبر سنة ١٩٢٤ تحت رئاسة حضرة الدكتور نجيب بك قناوى وكيل الجمعية وبحضور عدد من الاعضاء .

فدعا حضرة رئيس الجلسة حضرة (الدكتور عزيز افندى عبد المجيد)

لالقاء محاضرته عن (الاسهال المزمن من حيث التشخيص والعلاج) وهى المنشورة فى غير هذا المكان من المجلة فالقاها .

ثم دارت عدة مناقشات فى موضوعها :

فالدكتور قناوى أشار الى ما ذكره المحاضر من اهمال التكلم عن الاسهال المزمن فى الاطفال مع أنهم كثيراً ما يصابون به . ثم تساءل عن سبب جزم المحاضر بأن أكثر أمراض حموضة المعدة فى المصريين هو (زيادة افراز حامض الكلوريدريك) مع أنه هو شخصياً رأى حالات كثيرة بها (نقص ذلك الافراز)

فأجاب الدكتور عزيز عبد المجيد بأن ادمان المصريين على الاطعمة المملوءة بالبهارات والسلطات وما أشبهها يسبب ولا شك ما نراه من زيادة الحموضة فى معدهم وينشأ من ذلك أن الاسهال المزمن يسبب نقص الحموضة قليلا فينا

فأشار الدكتور على عطيه نجم الى أنه يرى أن زيادة الحمض فى المعدة تعمل على زيادة التقلصات فى الامعاء وبذلك تسبب الاسهال

فأجاب المحاضر بأن رأيه غير ذلك . فان زيادة الحموضة تسبب اغلاقاً انعكاسياً فى فتحة البواب فى المعدة ولذلك فان الهضم يستمر مدة وبعد مرور المواد المهضومة من المعدة تصادف التريبسين أيضاً وهو عصى قلوى يلاشى ما يتبقى من الحموضة بقدر الامكان . أما فى حالات قلة الحموضة فان فتحة البواب تنفتح فتمر المواد الغذائية ناقصة هضما فيتسبب من ذلك الاسهال

ثم أومى الدكتور قناوى الى ما ذكره المحاضر من أن حالات الحصوات الصفراوية تكون مصحوبة باسهال وأنه هو يرى أن الامساك هو المعتاد وجوده معها

فذكر الدكتور شعبان هريدى أنه لاحظ عدة مرضى وجد بهم امساكا ثم اسهالا أو العكس فى مثل هذه الحالات

ثم قام الدكتور احمد حامد البكتريولوجى واستفهم عن مفعول يودور البزموت والامتين على جدار الاكياس الاميبية .

فأجابه المحاضر بأنه قد وجد أن هذا الدواء علاج ناجع فى بعض الاحيان للاكياس المذكورة ولكنه هو لم يعمل به تجارباً على الاكياس تحت المنظار

فأشار الدكتور سلام بأنهم قد وجدوا أن اعطاء حبوب زئبقيه لعدة أيام قبل استعمال حبوب اليودور المشار اليه تكثر من فائدتها . فان الزئبق يسبب تقلصات فى الامعاء يكون من نتيجتها اخراج الاكياس والاميبا المختفية وقد وجد ذلك فعلا فى التجارب ومن ثم تعطى حبوب البزموت والامتين فائدتها القصوى

ثم سأل الدكتور حامد عما اذا كان البعض من الحاضرين يستعينون بالمنظار السينى كما ذكر المحاضر . فأجاب الدكتور هريدى أن هذا للاسف غير موجود لقلة الاخصائيين فى ذلك ولكنه موجود فى أوروبا كثيراً

ثم سأل حضرته أيضاً عن حالات التهاب الكبد غير الخراج وعن خراج الكبد ومقدار حدوثهما الآن

فأجاب المحاضر بأن استعمال الامتين قد قلل كثيراً جداً من خراجات الكبد ولكن نظراً لان كثيراً من المرضى لا يأخذون الامتين بكمية كافية فان حالات التهاب الكبد قد كثرت أى أنهم يأخذون من الامتين مايمنع الالتهاب الكامل وهو الخراج ولكن لا يمنع الالتهاب البسيط

ثم سأل الدكتور حامد عن نسبة الاصابات بالدوسنطاريا الاميبية بين المصريين والاجانب فى مصر

فأجاب المحاضر أنه لم يعمل احصائيات عن ذلك ولكن مما لا شك فيه أن النسبة أكثر بين الوطنيين لان الآخرين أكثر نظافة واعتناء بأنفسهم

وأشار الدكتور قناوى فى هذا المقام بأنه وجد فى فينا أثناء الصيف الماضى

أنهم لا يستعملون الامتين مطلقاً وذلك بسبب عدم وجود الاميبا فى أوساطهم فالدوسنطاريا الاميبية معدومة تقريباً فى مثل هذه البلاد الاجنبية

ثم أشار الدكتور عبد الواحد الوكيل الى فائدة أحد العلاجات التى ذكرها المحاضر وهو (الكسام) El Kossam فى الدوسنطاريا المزمنة وقد ينفع حيث لا يأتى غيره بفائدة

وأشار بعض الزملاء الى (السيماروبا) مستعملة بصفة (مغلى السيماروبا) وغير ذلك من الادوية

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة ونصف مساء؟

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة العمومية

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية العمومية للجمعية الطبية المصرية بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال فى الساعة العاشرة ونصف من صباح الجمعة ٢٣ يناير سنة ١٩٢٥ بحضور عدد من حضرات أطباء القاهرة وقد افتتح الدكتور على بك ابراهيم الجلسة مرحبا بحضرات الاعضاء وتكلم عن حالة الجمعية خلال السنة الماضية بايجاز ثم تبعه الدكتور المنياوى فقرأ تقرير مجلس الادارة وبعد الانتهاء تناقش الاعضاء فى موضوع التحصيل واتفقوا مع المجلس على الطريقة المثلى فى ذلك ثم عرض تقرير الدكتور صبحى بك أمين الصندوق والدكتور سيد عبد الحميد سليمان

بك رئيس تحرير المجلة بالنيابة فوافق الحضور عليهما وعنـد ذلك تناقش الاعضاء في اقتراح الدكتور سيد عبد الحميـد بك الخاص بانتخاب عضوين على الاقل بمجلس الادارة ممن مضى على تخرجهم مدة أقل من عشر سنوات فوافقوا عليه وكذلك على اقتراح الدكتور المنياوى الخاص بتخفيض اشتراك داخل القـاهرة الى جنيه ونصف وقرروا العمل به ابتداء من السنة الحاضرة ثم بدئت عملية فرز أوراق الانتخاب وكان عددها ١٠٠

وقد اسفرت النتيجة عن فوز سعادة الاستاذ ظيفل باشا للرئاسة ب ٨٦ صوت

وكذلك فاز حضرات الاعضاء الآتية أسماؤهم بعضوية المجلس وهم الدكاترة

الدكتور سيد عبد الحميد سليمان بك ٦٨ صوتا

« نجيب اسكندر ٦٤ «

« احمد شفيق ٥٠ «

« محمود ماهر بك ٤٨ «

« ابراهيم الشوربجى بك ٤٠ «

والعضوان الاحتياطيان « محمود عبد الوهاب بك ٣١ «

« عبد الحليم محفوظ بك ٢٩ «

وكذلك فاز برئاسة لجنة التحرير حضرة صاحب العزة على بك ابراهيم ٨٧ «

وبعضوية التحرير حضرات الدكاترة

« ١ محمد حمدى ٨١ «

« ٢ محمد عبد الحميد بك ٧٢ «

« ٣ ابراهيم شوقى ٧٢ «

« ٤ محمد شرف ٥٤ «

« ٥ اسماعيل رشدى ٥٠ «

والاعضاء الاحتياطيون الدكاترة ١ محمود عرفان ٢٢ صوتا
« ٢ محمود ماهر بك ٢٢ »
« ٣ سيد عبد الحميد بك ١٩ »

ورفعت الجلسة فى الساعة ١٢ ظهرا بعد اعلان النتيجة السالفة

السكرتير

القاهره فى ٢٣ يناير سنة ٩٢٥ الدكتور ابراهيم فهمى المنياوى

تقرير سكرتير الجمعية الطبية المصرية

عن حالة الجمعية فى سنة ١٩٢٤

حضرات الزملاء

لى الشرف أن اقدم لحضراتكم اليوم تقرير مجلس الادارة عن حالة الجمعية فى السنة الماضية. تسلم المجلس الجديد العمل فى أوائل مارس وانتخب من اعضائه الدكتور محمد صبحى بك امينا للصندوق وبقى الوكيلان فى مركزيهما

وقد عقد المجلس فى خلال السنة الماضية عشر جلسات أدارية درس فيها عدة مسائل اهمها مسألة تسديد الاشتراكات المتأخرة لدى كثيرمن الاعضاء ورغماً عن الجهد العظيم الذى بذله بواسطة المكاتبات وباستعمال نفوذ أصدقائه بالاقاليم الهامة بالقطر جاءت النتيجة على غير ما ينتظر فلا يزال المتأخر عظيما ونحن نرجو أن يهتم أعضاء الجمعية فى أثناء السنة الحاضرة بتسديد ما عليهم لأن المال من أهم أركان الجمعية

اما الجلسات العلمية فكان عددها تسعاً القيت فيهـا محاضرات عامة تناول معظمها ابحاثا وتجارب خاصة نشرت كلها بالمجلة الطبيـة كما حازت استحسانكم

وكل هذا يدل على اهتمام أعضاء الجمعية برقيها لأن أهم أغراضها نشر الابحاث العلمية باللغة العـربية واملنا عظيم أن يزداد الحضور بالجلسات لسماع المحاضرات لأن فى هذا تشجيعاً كبيرا لحضرات المحاضرين .

رحلة لبنان الطبية : — وفى فصل الصيف اتصل حضرة وكيل الجمعية بالهيئة الطبية اللبنانية أبان اصطيافه هناك وكان من نتيجة سعيه أن دعت جماعة الأطباء السوريين حضرات أعضاء جمعيتنا للقيام برحلة علمية طبية فى سورية اشترك فيها ما لايقل عن اربعين عضوا مصريا كان لهم النصيب الاوفى من الحفاوة والاكرام من الهيئات الحكومية والعلمية وقد جاءت هذه الرحلة مهيأة لمؤتمر طبى يقـام فى الصيف التالى بسورية والمجلس ينتهز هذه الفـرصة ليسجل مزيد شكره وامتنانه لحضرات الذين أقاموا هذه الرحلة من جيراننا الشرقيين على عنايتهم وحسن رعايتهم لاعضاء جمعيتنا

وفاة الرئيس وعضوين

وقد منيت الجمعيـة فى أواخر السنة بفقد رئيسها وأستاذها المرحوم الدكتور عيسى حمدى باشا مثال الهمة العاليه والكرم وقد فقدنا فيه عالماً كبيراً ومؤلفاً مجيداً وباحثا مدققاً وانا لا ننسى فضله ومواظبته حتى فى ضعفه على حضور الجلسـات العلميه والاشتراك فى المناقشات . واعترافاً بفضله أقامت الجمعية حفلة لتأبينه بدار نادى مدرسة الطب حضرها جم خفير والقيت الخطب الدالة على مكانة الفقيد العزيز فى قلوبنا وغزارة علمه ونبوغه وثباته على مبدئه

وقد قرر المجلس أن يطلب من مجلس ادارة مدرسة الطب ومستشفى قصر العينى أن تسمى احدى صالات الامراض الباطنية باسمه تخليداً لذكراه بصفته

ناظراً وأستاذاً سابقاً بالمستشفى وقد قبل الطلب وسينفذ قريباً

كما قرر المجلس أيضاً اقامة تمثال نصفى على مثال تمثال كلوت بك يوضع بالمدرسة وقد تكرمت حضرة صاحبه العصمة حرم المرحوم الباشا فتبرعت بمبلغ ١٥٠ جنيها مصرياً لشراء سندين من الدين الموحد لايقاف ريعهما على مكافأة تمنح باسمه للفائزين من طلبة الطب

وقد زاد أسف الجمعية فقد عضوين شابين من أعضائها هما المرحومان الدكتور عباس ذهنى والدكتور تادرس مقار تغمدهما الله برحمته وعزى الطب وآلهما فيهما خيراً

حالة الصندوق : سبق بيانها لحضراتكم وقد كان لايراد اعلانات المجلة تأثير هام فى سد العجز الذى كان يهددنا وسيوضح حضرة أمين الصندوق ذلك تفصيلا

حالة المجلة : كانت حالة المجلة على ما يرام بهمة القائمين بادارتها وتحريرها وقد استقال رئيسها فى خلال السنة بمناسبة نقله لسمنود بعد ما قام بعمله عدة سنوات والمجلس ينتهز هذه الفرصة ليشكره جزيل الشكر على همته وتضحيته

وقد كانت تصدر المجلة شهرياً حافلة بعدد يذكر من الابحاث والتجارب والتراجم الثمينة انما يلاحظ مع الاسف تراخى حضرات الاخصائيين من المصريين الذين كان يجب أن يزينوا المجلة بآرائهم وابحاثهم المفيدة

وأما حالة المجلة المالية فقد كانت جيدة وبشكل يبعث على الامل فى زيادة الرواج

الانتخابات

بقى أمامنا مسألة الانتخابات المقبلة التى جعلت على قاعدة الترشيح تنفيذا لقرار الجمعية العمومية السابقة وقد راعى المجلس عند الترشيح ضم عضوين ممن مضى على تخرجهم مدة أقل من عشر سنوات تمهيدا للموافقة على اقتراح الدكتور

سيد عبد الحميد سليمان بك المدرج بدعوة ٢٤ ديسمبر الماضى

وقد سبق أن قدم لمجلس الادارة اقتراح بطلب تخفيض قيمة الاشتراك بالقاهرة بجنيه ونصف وهو الآخر معروض على حضراتكم الآن للبحث .

وختاما يتقدم الاعضاء الذين انتهت مدتهم بالشكر الكثير لحضراتكم ولحضرات أخوانهم بالمجلس على المساعدة الصادقة كما يتمنون المجلس الجديد كل تقدم ونجاح وللجمعية كل رقى حتى تصل الى ما وصلت اليه زميلاتها فى البلاد الغربية ؟ السكرتير

القاهرة فى آخر ديسمبر سنة ٩٢٤

تقرير

عن ميزانية الجمعية الطبية المصرية — بالقاهرة

فى سنة ١٩٢٤

سادتى وزملائى

اتشرف اليوم بتقديم تقريرى عن حالة صندوق الجمعية الطبية المصرية فى خلال السنة الماضية والذى تشرفت بالقيام باعبائه طبقاً لرغبة المجلس

تسلمت الصندوق وبه من رصيد السنوات السابقة مبلغ ٧٩٧ مليم ٥٨٥ جنيه لاشك أنه تكون بهمة حضرات زملائى الذين تولوا ادارة الجمعية سابقاً وقد قمت بمهمتى التى تنحصر فى الآتى : —

أولا : — جمع وتحصيل الاشتراكات وهذه العملية كانت من الصعوبة بمكان كما يتجلى لحضراتكم حينما أسرد عليكم تفصيل الايراد ومقارنته بالسنة الماضية

وقد سلكت فيها طريق زميلى السابق فاستمررت اطالب التسديد بالدعوة الشهرية العمومية واكتفيت بواحدة خاصة أرسلت فى منتصف السنة بطريق البريد العادى ولم يكن من رأيي أرسالها بالطريق المسجل مراعاة لاحساس حضرات الزملاء واحتراما لشعورهم ورغما عن ذلك كله فلم تكن النتيجة بالشىء المرضى

ثانياً : — ايرادات المجلة وكانت هذه أحسن حالا منها فى أى عام آخر وانتهز هذه الفرصة لاظهر مزيد اعجابى بهمة ومثابرة حضرات القائمين بأدارتها .

ومن الابواب التى كان لها الاثر المحسوس فى الزيادة الاعلانات .

ثالثاً : — مراقبة عمليات صرف الجمعية والمجلة وليس بينها وبين العام الماضى فرق يذكر وذلك طبعا نتيجة الخطة الاقتصادية التى اختطها المجلة من أول انشاء الجمعية

ويمكننا أن نستنتج مما سبق بيانه أنه بالرغم من نقصان ايراد الجمعية الخاص فقد توفر لدينا نحو ثمانين جنيها يؤيد ذلك ما يلى

أولا : حساب الاشتراكات	مليم	جنيه	
جمعنا مبلغ	—	١٠٤	من داخل القاهرة
	—	١١٤	من خارجها
والمجموع	—	٢١٨	

أى بنقص نحو ٥٦ جنيه عن السنة السابقة وهذا فرق هائل نأسف لحصوله فى وقت كانت الجمعية فيه أحوج الى الزيادة منها الى النقص

ثانياً : ايراد المجلة وقد انحصر فى الابواب الآتية

ثانيا : ايراد الجملة وقد انحصر فى الابواب الآتية

	مليم	جنيه	
	٢٢٠	١٢١	اعلانات
	٨٣٠	٠٦٠	اشتراكات
	٨٤٠	—	اعداد مبيعة
المجموع	٨٩٠	١٨٢	

	مليم	جنيه
و بذلك يكون ايراد الجمعية كله	٨٩٠	٤٠٠

ثالثاً : أما المصروفات فالخاصة بالجمعية منها كانت

مليم	جنيه	
٣٠٠	١٠٠	موزعة كالآتى

مليم	جنيه	
—	٤٤	مصاريف لحساب السلفة
٣٠٠	٥٦	مرتبات وأجرة تحصيل
٣٠٠	١٠٠	

وكانت أبواب مصاريف السلفة كالآتى

ملم	جنيه	
٦٤٥	١٦	بريد
٣٠٥	١٦	مصاريف مطبعة وأدوات كتابية
—	٠٩	لادارة المجمع
٠٥٠	٠٢	نثريات
—	٤٤	

	مليم	جنيه
اما ما كان منها خاصا بالمجله فكان	٨٠٥	٢١٨

موزعة كالآتى :

مليم	جنيه	
٥٠٥	١٤٢	مصاريف مطبعية
—	٠٢٠	اجرة تصحيح
—	٠٢٤	مرتب القائم بالاعمال الكتابيه
٤١٥	٠١١	اشتراك فى المجلات الاطبيه
٨١٠	٠٠٨	بريد
٠٧٥	٠٠٤	نثريات
—	٠٠٨	دولاب
٨٠٥	٢١٨	

	مليم	جنيه
وعلى ذلك يكون مجموع المصروفات	١٠٥	٣١٩
وبما ان الايرادات	٨٩٠	٤٠٠
فيكون الوفر الموجود	٧٨٥	٠٨١

ويكون الرصيد الباقى بعدئذ

مليم	جنيه	
٧٩٧	٥٨٥	رصيد السندات السابقة
—	٠٢٤	مبالغ النادى تحت التسليم
٧٨٥	٠٨١	الوفر
٥٨٢	٦٩١	

وانى آمل أن يلاقى المجلس الجديد كل نجاح فى مهمته حتى نرى الجمعيـة فى المقام اللائق بنا نحن معاشر الاطباء المصريين وأن يكون اهتمام حضرات الاعضاء بمعاونة الجمعية بدفع الاشـتراك اكثر من الآن فانه يؤلمنى أن اصرح امام هيئتكم

الموقوة أن الاشتراكات المتـأخرة لدى حضرات الزملاء تبلغ نحو سبعمائة جنيه وهو مبلغ يصح أن ينعش الجمعية كثيراً لو كان موجودا

وتفضلوا بقبول فائق احترامى ؟

القاهرة فى ٣١ ديسمبر سنة ١٩٢٤ أمين الصندوق

الدكتور محمد صبحى

تقرير لجنة تحرير المجلة الطبية المصرية

عن سنة ١٩٢٤

تتشرف لجنة تحرير المجلة الطبية المصرية بعرض تقريرها الآتى عن سنة ١٩٢٤

التحرير : —

لا تزال شكوى اللجنة عظيمة من قلة المواد الاساسية وقد سبق أن استلفتت مرارا نظر حضرات الزملاء لموافاتها بمشاهداتهم وابحاثهم فلم تظفر بما يحقق رجاءها اذ أن المجلة لا تزال فى عهد الطفولة وتحتاج لموالاتها ورعايتها من جميع الاطباء — ولـكن بالرغم من هذه الظروف فقـد أتمت المجلة سنتها السابعة بانتظام فكانت تظهر فى أول كل شهر ولا يقل عدد ملازمها عن الثمان .

مالية المجلة : —

الايرادات : تنحصر ايرادات المجلة فى موردين (أولا) أجور الاعلانات (وثانياً) الاشتراكات

	مليم	جنيه
وقد بلغت أجور الاعلانات مبلغ	٢٢٠	١٢٠
وبلغت الاشتراكات مبلغ	٨٣٠	٦٠
وبلغت الايرادات من ثمن اعداد مباعة مبلغ	٨٤٠	—
فيكون مجموع الايرادات سنة ١٩٢٤ هو	٨٩٠	١٨٢
يقابله فى عام سنة ١٩٢٣ مبلغ	٢٠٦	١١٣
فتكون زيادة الايرادات هذه السنة عن سابقتها مبلغ	٦٨٤	٦٩

وهذه الزيادة آتية من مورد اجور الاعلانات وبهذه المناسبة نذكر أن اللجنة رأت فى عقد الاتفاق المبرم بين حضرة الدكتور على ابراهيم بك بصفته صاحب المجلة الطبية المصرية وبين شركة النشر المصرية غبنا ظاهراً فارسلت بتاريخ ١٧ سبتمبر سنة ١٩٢٤ الى مجلس ادارة الجمعية الخطاب الآتى : —

حضرة الفاضل الدكتور ابراهيم فهمى المنياوى بك

سكرتير الجمعية الطبية المصرية

رأت لجنة تحرير المجلة أن العقد الذى بين حضرة صاحب العزة الدكتور على ابراهيم بك صاحب امتياز المجلة وبين ذى ببلشنج قومبانى أوف ايجيت مجحف بالمجلة وفيه غبن ظاهر عليها ولا سيما أن الشركة لم ترسل للمجلة هذه السنة أى اعلان جديد

وأن الاعلانات التى تأتى مباشرة للمجلة فى زيادة مضطردة وأن الشركة تتقاضى عن هذه الاعلانات خمسة وعشرين فى الماية من قيمتها حسب الشرط الثالث من العقد وهاك بيان أجور الاعلانات : —

	قيمة اعلانات بواسطة الشركة		قيمة اعلانات بواسطة المجلة مباشرة	
	مليم	جنيه	مليم	جنيه
سنة ٩٢٢	—	٤٦	—	—
سنة ٩٢٣	—	١١٦	٥٠٠	٣٧
سنة ٩٢٤	—	٧٦	—	٧٨

ولذلك قررت اللجنة بالاجماع الغاء العقد

وحيث أن نص الشرط العاشر هو : —

(مدة هذا الاتفاق ثلاث سنوات تبدأ فى أول ابريل سنة ٩٢٢ وتنتهى فى ٣١ مارس سنة ٩٢٥ واذا لم يعلن أحد الطرفين الآخر بخطاب موصى عليه قبل نهاية المدة بستة أشهر انه لا يرغب فى التجديد فان هذا العقد يجدد لمدة ثلاث سنوات أخرى بنفس هذه الشروط)

ولذلك أخطرناكم بمخاطبة الدكتور على ابراهيم بك ولاطلاعه على رأينا فى الغاء العقد ثم النظر فى تجديده بشروط أوفق للمجلة

ويرسل الخطاب الموصى عليه للشركة بعنوانها نمرة ١٤ بشارع مظلوم باشا بمصر قبل نهاية سبتمبر وتفضلوا الخ

الامضاء

دكتور السيد عبد الحميد سليمان

المصروفات : بلغت مصروفات المجلة الطبية المصرية لسنة ٩٢٤ مبلغ

	مليم	جنيه
	٨١٥	٢١٨
يقابل ذلك فى سنة ٩٢٣ مبلغ	٩٨٤	٢٣٤
فتكون مصروفات سنة ٩٢٤ قد نقصت عن مصروفات سنة ٩٢٣ بمبلغ	١٦٩	١٤

وهذه مفصلة فى تقرير حضرة أمين صندوق الجمعية الطبية

واللجنة تقرر أنها شعرت بفراغ كبير لتخلى حضرة الدكتو عبد الحميد العرابى رئيس تحريرها المستقيل لسبب نقله الى مستشفى البـدراوى بسمنود وترى من الواجب عليها شكره على المجهود الكبير الذى كان يبذله فى التحرير

وقبل أن تختتم تقريرها تكرر رجاءها بالحاح على حضرات الزملاء أن يعاونوا لجنـة التحرير بموافاتها بابحاثهم ومشاهداتهم كى تصل المجلة الى المركز اللائق بالهيئة الطبية المصرية

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ؟

مصلحة الصحة العمومية
النشرات الادارية

رقم ١٣٧ تعيين — عين الدكتور محمد افنـدى أبو العلا عانوس بوظيفة طبيب مقيم بعقد لمدة سنة اعتبارا من ١٥ نوفمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها في السنة وألحق بمستشفى قصر العينى

وعين كل من الدكتور حافظ افندى محمد توفيق والدكتور صابر افنـدى حبيب ناشد بعقد لمدة سنة أعتباراً من ٢٠ نوفمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة لـكل منهما وألحقا بملحقات الانكلستوما .

رقم ١٣٨ تنقلات — بناء على ما جاء بقـرار حضرة صاحب الدولة وزير الداخلية بالنيابة الصادر فى ٤ اكتوبر سـنة ١٩٢٤ تقرر نقل حضرات موظفى ومستخدمى القسم الطبى التابعين لمصلحة أقسام الحدود الى هذه المصلحة أعتبارا من أول ابريل سنة ١٩٢٤ وهم :

الاسم	الوظيفة	الدرجة	دائم أو مؤقت
جناب الكابتن ا . ج . مانكس	طبيب أول	ثالثة	مؤقت
الدكتور سمعان افندى بطرس نجار	طبيب	سادسة	مستديم
« عباس حلمى توفيق	«	«	مؤقت
« رائف افندى يعقوب ندى	«	«	«
« حليم افندى عبد الله عازار	«	«	«
« حسن افندى حلمى سليم	«	«	مستديم
« نسيب افندى مزهر جنبلاط	«	«	مؤقت
« ناشد افندى اسحق طوفان	«	«	«
« تيموثاوس افندى قلته قلاده	«	«	مستديم
« ناصيف افندى بولس سليمان	«	«	«
« سامى افندى حنا أيوب	«	«	تحت الاختبار
« نجيب افندى بطرس حنا	«	«	مؤقت
« رشدى افندى حنا	«	«	مستديم
« على افندى على طالب	«	«	تحت الاختبار

وهذا الفرع الذى جد حديثاً بالمصلحة يستمر فى أداء أعماله كما كان من قبل أى كقسم قائم بذاته

واعتمدت التنقلات الآتية بين حضرات أطباء الرمد اعتبارا من ١٠ ديسمبر سنة ١٩٢٤ :

الاسم	الوظيفة المنقول منها	الوظيفة المنقول اليها
الدكتور حسن افندى براده	طبيب أول مستشفى الرمد بأسيوط	طبيب أول مستشفى الرمد بطنطا
« محمد افندى عزيز براده	« « « « ببنى سويف	« « « « بأسيوط
« محمود افندى خيرت	« « « « المتنقل نمرة ٢	« « « « ببنى سويف
« محمود افندى كامل	« ثانى « « بأسيوط	« « « « المتنقل نمرة ٢
« فهيم افندى جرجس ابراهيم	« « « « ببنى سويف	« « « « « « ١
« محمود افندى عبد القادر مفرح	« « « « المتنقل نمرة ١	« ثانى « « بأسيوط
« نخرى افندى حنا	« « « « بقنا	« « « « ببنى سويف

رقم ١٣٩ رفت — الحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٠٩ المؤرخة ٦ أكتوبر سنة ١٩٢٤ ليكن معلوما أن الدكتور حسن افندى على الجربى طبيب مستشفى السويس سابقاً قد رفت من خدمة المصلحة اعتبارا من أول أغسطس سنة ١٩٢٤ وليس من ٢٣ يوليو سنة ١٩٢٣

رقم ١٤١ تعيين — عين صاحب العزة الدكتور عيسى بك حمدى المازنى المفتش بقسم الرمد بوظيفة مدير لمستشفيات الرمد بدرجته وراتبه الحاليين اعتباراً من أول يناير سنة ١٩٢٥

وعين صاحب العزة الدكتور وهبه بك نظمى الشاغل لوظيفة رئيس مساعد طبيب بمستشفى اسكندرية فى وظيفة مفتش من الدرجة الثالثة بقسم المستشفيات بدرجته وراتبه الحاليين اعتباراً من ٢٧ ديسمبر سنة ١٩٢٤ وسيستمر فى القيام بأعمال مساعد مدير مستشفى اسكندرية لحين صدور أوامر أخرى

وعين الدكتور أحمد افندى زكى أبو شادى تحت الاختبار بوظيفة بكتريولوجى فئة ج من الدرجة الخامسة (ب) الفنية براتب قدره ٣٨٤ جنيهاً فى السنة اعتبارا من ١٠ ديسمبر سنة ١٩٢٤ وألحق بالمعمل البكتريولوجى بالسويس

وعين الدكتور محمد افندى أمين تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيهاً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٨ ديسمبر سنة ١٩٢٤ وألحق بمستشفى الرمد بالجيزة

وعين الدكتور كامل افندى جرجس تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول ديسمبر سنة ١٩٢٤ وألحق بعموم المصلحة

رقم ١٤٢ تنقلات — تقرر نقل صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر طبيب أول مستشفى السويس الى وظيفة مدير مستشفى اسكندرية بدرجته وراتبه الحاليين اعتبارا من ٢٧ ديسمبر سنة ١٩٢٤

رقم ١ تعيين — عين الدكتور حسن افندى محمد عثمان بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبارا من ١٣ ديسمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الاوبئة

وعين الدكتور محمد افندى نظمى بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبارا من ١٤ ديسمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠./. فى السنة وألحق بملحقات الانكيلوستوما

رقم ٢ تنقلات — تقرر نقل الاطباء المذكورين بعد اعتبارا من التواريخ المبينة أمام أسمائهم وهم حضرات :

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور زكى افندى حنا	عموم المصلحة	صحة كوم امبو	١—١—٩٢٥
« جورج افندى يوسف عقداوى	صحة كوم امبو	المنيا (مفتش تطعيم الوجه القبلى)	٦—١—٩٢٥
« أبراهيم افندى كامل	المنيا (مفتش تطعيم الوجه القبلى)	طنطا (مفتش تطعيم الوجه البحرى)	٩—١—٩٢٥
« محمد افندى نظيف	عموم المصلحة	بندر بنى سويف	١—١—٩٢٥
« محمد افندى زكى شاهين	بندر بنى سويف	عموم المصلحة	٣—١—٩٢٥
« اسماعيل افندى يسرى	عموم المصلحة	بندر طنطا	١—١—٩٢٥
« مصطفى افندى فهمى أبو الخير	بندر طنطا	عموم المصلحة	٣—١—٩٢٥

ونقل حضرات أطباء المستشفيات المذكورين بعد اعتبارا من التواريخ المبينة أمام أسمائهم : —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور محمد صدقى بك	طبيب أول مستشفى دمنهور	طبيب اول مستشفى السويس	٢٥ — ١٢ — ٩٢٤
« على عطا مصطفى افندى	« ثانى « أسيوط	« « « أسوان	١ — ١ — ٩٢٥
« عبد المقصود نجيب افندى	« أول « اسوان	« « « قنا	٣ — ١ — ٩٢٥
« عبد الغنى نجيب مصباح افندى	« « « قنا	« « « دمنهور	٥ — ١ — ٩٢٥
« أحمد محمد النقيب افندى	« ثالث « أسيوط	« ثانى « أسيوط	١ — ١ — ٩٢٥
« صادق اسكندر افندى	« مقيم بمستشفى اسكندرية	« ثالث « «	١ — ١ — ٩٢٥

رقم ٣ تثبيت — بما أن الدكتور شفيق افندى بطرس ابراهيم الطبيب البدل بمستشفيات الرمد قد مضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه الحالى

رقم ٦ تعيين — عين الدكتور حسن افنــدى حسنى شاهين بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبارا من ١٤ ديسمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بملجقات الانكيلوستوما

وعين الدكتور محمد افندى توفيق محمد بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبـارا من ٢٧ ديسمبر سنه ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الاوبئة

وعين الدكتور راغب افندى سكله بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبارا من ٣٠ ديسمبر سنة ١٩٢٤ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الأوبئة

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت ءو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم ألايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

معامل كلين

نمرة ٣٠ شارع دى فوسيه — سان جاك . باريس

حقن الستريكنو – فوسفورو الزرنيخية «« كلين »»

حقن كلين نمــرة ٥٩٦ | كا كوديلات الصودا ٠٥ر جم
جليسروفوسفات الصودا ١٠ر٠ جم
سلفات الاستركنين ½ مليجرام | فى كل سنتيمتر مكعب | العلبة تحتوى على ٦ أو ١٢ امبول سعة سنتيمتر مكعب واحد

أو نمرة ٧٩٦ (سلفات الاستركنين ١ مليجرام) » »

مقوى عمومى للجهاز العصبى ومضاد للأنيميا (أى فقر الدم)

نقط الستريكنو فوسفورو الزرنيخية « كلين »

تؤدى ذات التأثير العلاجى بطريق الجهاز الهضمى

أنابيب كلين المعقمه

تحتوى الأمبول على كل أنواع الأدوية المستعملة للحقن تحت الجلد

تحضر معامل كلين (منذ بدء العلاج بالحقن تحت الجلد) كل الأدوية الممكن حقنها فى أنابيب معقمة وقد مكنتهم الخبرة الطويلة والمعلومات الدقيقة المكتسبة من مختلف المسائل الفنية التى ساعدت للوصول الى طريقة الحقن تحت الجلد من تقديم كل الضمانات المطلوبة وبالاخص فيما يتعلق بنقاوة وضبط مقادير الادوية والمحلولات

ومعامل كلين مستعــدة لان تقدم لمن يطلب ذلك بيان الطرق العادية التى تتبعها فى تركيب كل المستحضرات الموضحة فى كتلوجها .

الوكيل العمومى — روبير جيرو باسكندرية صندوق بوستة نمرة ١٣٠

أنموذج التكلس

فقر الدم (انيميا) | الدرن
الخنزيرية | الرئوى
الكلوروز | الغطس
اللمفاوية | العقدى

اقراص **Calciline** كالسلين حبيبات

النمو | السكر
العقد | الحمل
الكسح | تسوس الاسنان
أمراض العظم | النقاهه

كالسلين ادرينالينيه
كالسلين ميتللارسينيه الزرنيخ

فى شكل حبوب يسهل الهضم مركب من أملاح الجير النقية الممتازة بجودتها
طريقة الاستعمال : — عدد ٢ قرص فى قليل من الماء قبل كل أكلة وللاطفال نصف المقدار والاقراص تذوب بسرعه

Bé-mé-cé
للهضم

عبارة عن املاح نقية كيمائيا مضاف اليها سكر اللبن تستعمل بنوع خاص فى أحوال زيادة الافراز الحمضى بالمعدة

الوكيل العام لمصر وملحقاتها روبير جيرو نمرة ٢١ شارع المينا الشرقية بجوار لوكندة وندسور باسكندرية صندوق البوستة نمرة ١٣٠

طعم البكتريا

شركة پارك ودافيز هى الوحيدة المختارة لتوزع بين الاطباء طعم البكتريا المحضرة فى معامل مستشفيات سانت مارى بلوندره الذى يديره السير الموروث رايت (F. R. C. S. و M. D. و C. B و K. B. E.)

وهذه الطعم هى على أعلا درجة من التأثير والثبات

Acne Bacillus

Mixed Acne Vaccine A. & B.

Anti-Catarrh Vaccine (Prophylactic)

Anti-Influenza Vaccine

Anti Plague Vaccine

Anti Typhoid Paratyphoid Vaccine (Prophylactic)

Antisepsis Vaccine

Gonococcus Vaccine

Mixed Gonorrhoea Vaccine

Micrococcus Melitensis Vaccine

Mixed Vaccine for Bronchial Asthma

Mixed Anti-Influenza Vaccine

Mixed Vaccine for Coliform Infections

Pneumococcus Vaccine

Staphylococcus Vaccine

Streptococcus Pyogenes Vaccine (Polyvalent)

Whooping Cough Vaccine A, B & C.

پارك ودافيز وشركاهم لندره

Parke, Davis & Co.

LONDON.

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquen que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencement de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الرابع ابريل ١٩٢٥ APRIL 1925 السنة الثامنة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية
الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

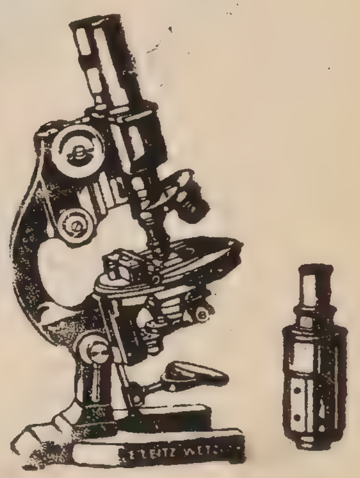
الفهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

معرض LEITZ

تجهيز معامل كاملة بأثمانها الاصلية بألمانيا

Mono & Binocular Microscopes, Apochromate Achromate & Fluorite Objectives, Darkfield Condensers, Haematological Apparatus, Lenses Microtomes, Projection & Micro-Photography Apparatus & Fieldglasses



LABORATORY APPARATUS ACCESSORIES & GLASS

يمكن مشاهدتها واختبارها ويمكن الحصول على كل المعلومات عن الطرق التحليلية كل يوم أربعاء من الساعة ٦ ونصف الى الساعة ٩ مساء بمعمل الدكتور ا . س . ناركريير بالقاهرة بميدان الاوبرا بعمارة زغيب نمرة ٤٤ او بميعاد خاص يطلب تليفون نمرة ١٧ حلوان

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الرابع | ابريل سنة ١٩٢٥ | السنة الثامنة

محاضرة الجمعية الطبية المصرية

بالاسكندرية يوم الثلاثاء ١٣ يناير سنة ١٩٢٥

أهمية الاشعة فى تشخيص الامراض وعلاجها

للدكتور محمود عفيفى

الاخصائى للكشف والعلاج بالكهرباء والاشعة بمستشفى الاسكندرية الاميرى

سادتى وزملائى :

لى الشرف الكبير بأن أقوم بينكم هذه الليلة لالقاء هذه المحاضرة على هيئة جمعيتكم الموقرة . . ان الموضوع الذى نحن بصدده الليلة موضوع كبير جداً يحتاج فى شرحه الى مدة طويلة . فاذا تكلمت عنه الآن فما أنا الا مشير الى اجزائه أشارة موجزة . . وستغنى مناظر الفانوس السحرى والتجارب العملية التى ستعرض أمام حضراتكم عن الوصف المسهب .

وتشمل هذه المناظر : —

أولا قسما لأمراض العظام والمفاصل بما فى ذلك عظام الرأس ومحتوياتها

ثانياً قسما لامراض الصدر بما فيه القلب والرئتان

ثالثاً قسما لامراض الجهاز الهضمى بما فيه المعدة والامعاء
رابعاً « « الكلا والمجارى البولية
خامساً بضعة مناظر أخرى تبين محتويات البطن وتظهر حدود ومواضع بعض الاعضاء الداخلية كالكبد والطحال والكلا بعد حقن البطن بغاز الاكسجين

* * *

وقبل أن أبدأ فى شرح الموضوع أريد أن أشير الى فكرة مخطئة شائعة تساور بعض الناس فى هذه البلاد (مصر) حتى شملت بعض الدوائر الحكومية نفسها . ذلك أنهم يحسبون أن الانتفاع بالاشعة معناه احضار جهاز كبير من طراز حديث وتعلم كيفية ادارته ويعتبر من يدير الجهاز أيا كانت مقدرته الفنية اخصائياً . هذا الظن أثم ، ليست العبرة بالجهاز أيا كان نوعه أو بمعرفة ادارته ولو كان الامر كذلك لامكن اعتبار خادم هذه الغرفة من الاخصائيين ، لان له دراية كافية بادارة الجهاز وتحضير المرضى وأخذ الصور ، ليس الأمر كذلك أيها السادة ، ان فن الاشعة يشمل دراسة معظم الفروع الطبية ، ومعرفة الامراض المختلفة معرفة تامة وما تحدثه من تغيرات باثولوجية فى أعضاء الجسم وتطبيق هذه المعرفة تطبيقاً صحيحاً على المناظر التى ترى فى صور الامراض المأخوذة بالاشعة أو تشاهد على لوحة الفحص الفلورية ، والتطبيق غير الصحيح ربما يؤدى الى نتائج خطرة ، كما يشمل فن الأشعة دراسية وافية لمبلغ تأثير الأشعة على الخلايا الحيوية فى جسم الانسان حتى تستعمل بحكمة فى العلاج مع عدم تعدى حد الخطر الذى قد يصيب المريض مع الجهل أو عدم الكفاءة ، ولا يمكن لمن يتصدى للاشتغال بهذا الفن أن يكون موفقاً فى نتائجه التشخيصية أو العلاجية التى تطلبونها جميعاً من جراحين وأطباء الا بالتمرين الفنى المبنى على دعائم علمية ثابتة ، وسيثبت لكم بعض هذا القول حينما نأخذ فى شرح

الصور المختلفة للامراض ونرى العقبات التى تصادفنا فى حل رموزها ،،
بعد هذه المقدمة أبدأ فى طرق باب الاشعة : —

اكتشاف الاشعة

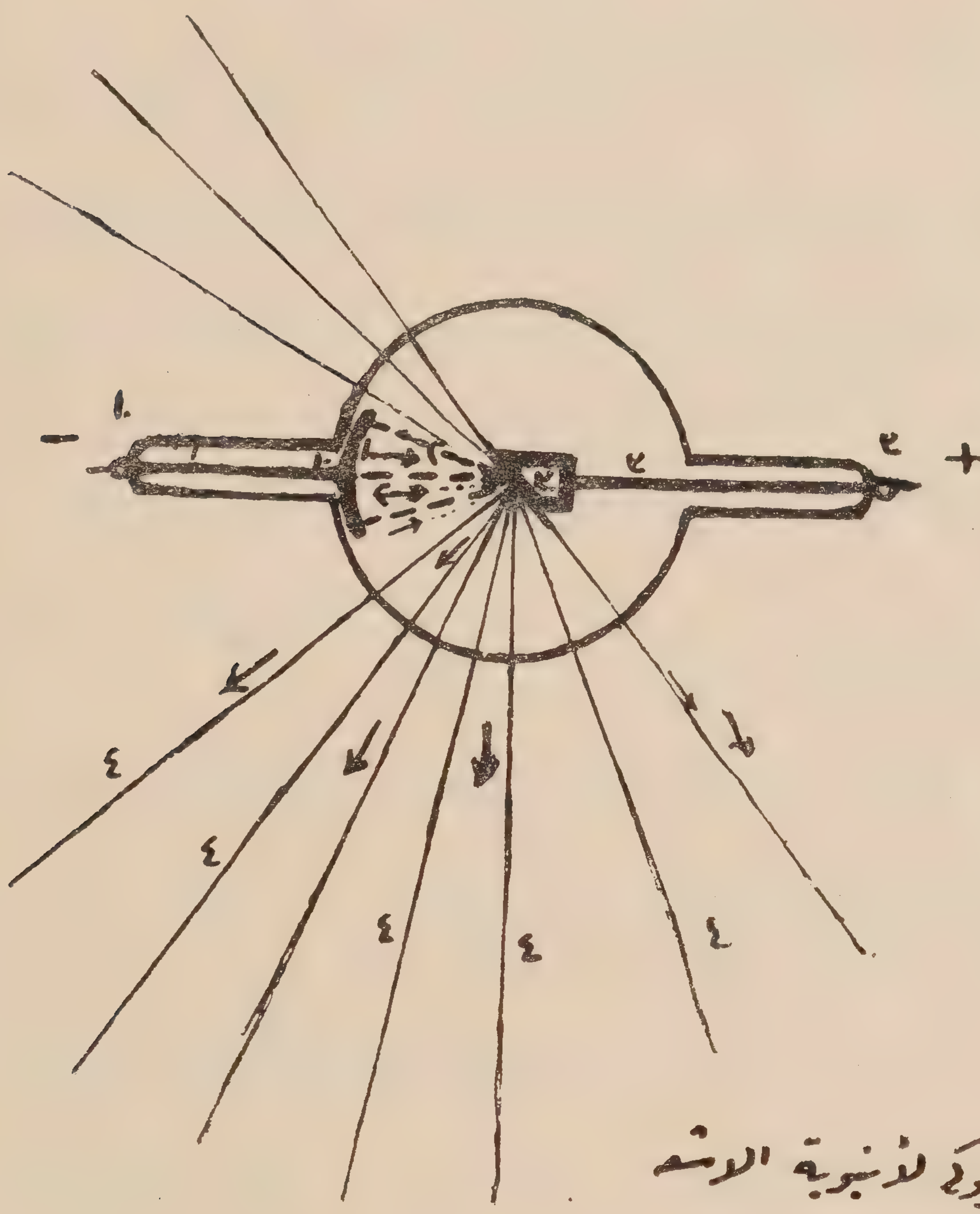
فى خريف سنة (١٨٩٥) وفق العالم الالمانى « وليم كونارد فون رونتجن » الى اكتشاف الاشعة التى تحمل اليوم اسمه فتجعله خالداً منقوشاً على صفحات التاريخ بمداد الفخار والمجد ، وحسبه تخليد ذكراه مكافأة له على مجهودات بذلها فى سبيل العلم فأنبتت نباتاً حسناً جنى العالم كله من ثماره الطيبة ،،،، ومن المؤلم أن نرى بلادنا لم تصل الى الحد الذى يقدر فيه الاطباء والمرضى تماماً قيمة الانتفاع بهذا الاكتشاف الثمين ، ولم تعره الحكومة شيئاً يذكر من الاهمية فى مستشفياتها العديدة ،،

لقد مهد السبيل الى هذا الاكتشاف التجارب العديدة التى قام بها كثير من العلماء فى انحاء العالم على الانابيب الغازية المفرغة حينما تمر فيها تيارات كهربائية قوية ، ويحسن أن نشير الآن الى بعض هذه التجارب على الانابيب لانه مهما اختلفت مظاهر الاجهزة التى نراها فى أقسام الاشعة فان الانبوبة المستعملة هى المصدر الحقيقى للاشعة

بعض تجارب عملية :

اذا أخذت أنبوبة زجاجية مستديرة أو مستطيلة الشكل مملوءة بالهواء يمر فى كل من طرفيها سلك معدنى ، ووصل هذان السلكان بقطبى جهاز يولد تيارات ذات قوة دافعة كهربائية عظيمة مثل ملف رمكورن أو غيره فانه يشاهد عند زيادة الضغط الكهربائى أن شرراً يمر فى الانبوبة بين السلكين ، واذا وصلت الانبوبة بجهاز مفرغ للهواء وأخذ فى التفريغ مع مرور التيار الكهربائى فان شكل الشرر يتغير ويكبر شيئاً فشيئاً حتى يملا فراغ الانبوبة

بشكل ضوء أحمر يزداد وضوحا اذا أجريت هـذه التجارب فى غرفة مظلمة ، واذا استمررنا فى التفريغ درجات متعاقبة يشاهد أن الانبوبة تصبح معتمة ثم لا تلبث أن تضئ ثانيـة بضياء تفاحى أخضر اللون يبتدئ قرب الطرف السالب ويمتد الى الموجب حتى يملأ الانبوبة ، ولقد سمى بالضياء السالب لانه



رسم كروكس لأنبوبة الأشعة

(١) المهبط . القطب السالب للأنبوبة

(٢) الضياء السالب (الالكترونات)

(٣) المصعد . القطب الموجب للأنبوبة

(٤) أشعة رونتجن .

نشأ عندالمهبط ، وأثبت العلماء أنه مركب من كريات دقيقةمن المادةمشحونة شحنة سالبة سموا وحدتها الـكترون (Electron) تندفع بقوة عظيمة فى اتجاه

عمودى للسطح الذى تخرج منه ، فاذا كان هذا السطح مقعراً تتلاقى الكريات أمامه فى بؤرة ، واذا وضع فى بؤرة التلاقى جسم معدنى فان درجة حرارته ترتفع لتلاطمه بهذه الكريات المندفعة

هذه هى خلاصة المظاهر المختلفة التى نشاهدها عند اجراء التجارب على الانابيب المفرغة ، وتلك المظاهر كانت معروفة قبـل أن يصل رونتجن الى اكتشافه ، ومن غريب الامر أن الاشعة التى اكتشفها ذلك الاستاذ كانت تنبعث من بعض هـذه الانابيب عن تصادم الضياء السالب بالجسم البؤرى الموجب (أنظر الشكل) ولـكن لم يلاحظها أحد قبله لانها لا ترى بالعين العادية

طريق الاكتشاف

بينما كان رونتجن يشتغل فى ابحاثه ويجرى بعض التجارب فى غرفة مظلمة ويمرر التيار الـكهربائى فى احدى أنابيب كروكس المحاطة بورق كثيف لا ينفذ فيه الضوء لاحظ أن لوحا مغطى بمادة « حديدوز سيانيد البـلاتين » وموضوعا على بعد ثلاثة أمتار تقريباً من الانبوبة يلمع كأن ضوءاً وقع عليه مع ظلام الغرفة . فـكان هذا المنظر داعياً لدهشته لعدم وجود أى ضوء أو شعاع فى الغرفة يعلل السبب فى بريق اللوح (الذى سمى بالحاجز الفلورى) . فاستمر فى بحثه حتى أثبت أن الانبوبة هى مصدر أشعة خفيـة لا تراها عين الانسان ، وأن هـذه الاشعة استطاعت أن تخترق زجاج الانبوبة وتنفذ فى مادة الورق القاتم المحيط بها وتنفذ فى الهواء الى مسافات مختلفة ، واذا ماسقطت على الحاجز الفلورى جعلته منيراً . . ولما كان رونتجن لا يعرف كنه هـذه الاشعة ولم يصفها أحد قبله فقد أسماها الاشعة « X » أى المجهولة . واتجهت عنايته بعد ذلك لدرس خواصها وقوة اختراقها للاجسام . وأدرك بالتجارب هذه الخواص : —

بعض خواص الاشعة

(١) اختراق الاجسام بنسبة كثافتها . مثـلا تخترق الاشعة الانسجة الرخوة أسهل مما تخترق العظام

(٢) التأثير عل الحاجز الفلورى . سقوط الاشعة على هذا الحاجز فى غرفة مظلمة يجعـله يبرق . ولهذا اذا وضع جسم بين أنبوبة الاشعة والحاجز فان درجة بريق أجزاء الحاجز تختلف لاعتراض الجسم سير الاشعة . ولهـذا يمكن ادراك التركيب الداخلى للجسم

(٣) التأثير على الالواح الفوتوغرافية . تؤثر الاشعة عليها تأثير الضوء العادى ولهذا يمكن عمل صور (radiograms) للاجسام التى تخترقها الاشعة

هذه الخواص الثلاثة كونت النواة لعلم تشخيص الامراض بالاشعة

طرق فحص الأمراض بالاشعة

الطريقتان العاديتان للفحص بالاشعة هما

(الاولى) وتسمى الطريقة الراديوجرافية . وهى عبارة عن أخذ صور بالاشعة للاجزاء المراد فحصها بجعلها تعترض سيرالاشعة من الانبوبة الى اللوح الفوتوغرافى . ثم التعبير عن كل ما يشاهد فى هذه الصور . ولا يمكن أن يكون التعبير صائباً الا اذا كان المشخص عنده المام تام بكل المناظر الطبيعية لصور الاعضـاء السليمة المختلفة حتى يتيسر له الحـكم عما اذا كانت الصورة التى أمامه تدل على منظر لعضو سليم أوغير سليم . (Normal or abnormal)

(الثانية) وتسمى طريقة الفحص الراديوسكوبى « Radios copy »وهى عبـارة عن المشاهدات التى نراها على الحاجز الفلورى بعد أن يعترض الجسم المراد فحصه سير الاشعة من الانبوبة الى الحاجز فى غرفة مظلمة . فمتى نفذت الاشعة من الجسم تركته بنسب مختلفة تتفاوت قلة وكثرة حسب كمية الاشعة

التى امتصتها الاجزاء المختلفة للجسم حين مرور الاشعة فيها . والامتصاص يتناسب تناسباً طرديا مع كثافة الاجسام . فاذا ماوقعت الاشعة بعد اختراقها للجسم على الحاجز الفلورى ظهرت عليه ظلال أجزاء الجسم الداخلية والخارجية منبئة بالتغيرات المرضية لان معظم التغيرات الباثولوجية فى الاجسام تحدث تأثيراً فى درجة ظهور ظلالها على اللوح الفلورى أو اللوح الفوتوغرافى

استعمال طرق الفحص بالأشعة وفائدتها

تستعمل الطريقة الثانية غالباً فى بيان التغيرات الظاهرة مثل الكسور فى العظام أو خلع المفاصل أو لاظهار الاجسام الغريبة كالرصاص وشظايا القنابل وغيرها من المقذوفات ، كما تستعمل لدراسة حركات الاعضاء الداخلية كحركات القلب وبيان شكله وموضعه ، وحركات الرئة والحجاب الحاجز فى الشهيق والزفير وما يعتورهما من التغيرات ، ولمراقبة حركات المعدة والامعاء بمرور طعام معتم فيها

ويمكن الاستدلال من دراسة الحركات على مبلغ تأدية الاعضاء الداخلية المختلفة لوظائفها الحيوية ، كما يستدل من التغيرات التى تشاهد فى هذه الاعضاء على مبلغ اصابتها بالامراض المختلفة

وتستعمل الطريقة الاولى (طريقة التصوير بالاشعة) فى معظم الاحوال التى سبق ذكرها فى الثانية ، ولكن لها ميزة تسجيل التغيرات الباثولوجية واثباتها بطريقة ظاهرة ، الا أنه لا يمكن بواسطتها بالطرق العادية تتبع حركات الاعضاء الداخلية ، لان تتبع الحركة الفسيولوجية يستلزم المشاهدة بالعين بواسطة حاجز الاشعة الفلورى ، ولكن يمكن بطرق مخصوصة اثبات الحركة عن طريق الصور وذلك بأخذ صور متتابعة بسرعة وعرضها بطريقة سينماتوغرافية

ولننتقل الآن الى دراسة أجزاء الجسم كل على حدة

﴿ دراسة أمراض العظام والمفاصل بالاشعة ﴾

هذا موضوع طويل لا يتسع لوصف تفاصيله ما لدينا من الوقت الآن وأكبر ظنى أنكم تعرفون عنه الشيء الكثير . ولهذا فانى أكتفى بعرض صور للاشعة تبين بعض التغيرات بالاشعة المختلفة .

وتلخص أحوال العظام التى تدرك بالاشعة فيما يأتى : —

(١) الاصابات : كالكسر والاجسام الغريبة

(٢) الالتهابات : الحادة والمزمنة والزهرية والدرنية وغيرها

(٣) الاورام : البسيطة والخبيثة

أمراض المفاصل

(١) الاصابات : الكسر ، الخلع ، الأجسام الغريبة

(٢) الالتهابات : الحادة والمزمنة ، والدرن المفصلى والزهرى المفصلى والسيلان المفصلى والنقرس (داء الملوك) والروماتزم ومرض شاركوت ، وغير ذلك

﴿ دراسة الصدر وتشخيص أمراضه بالاشعة ﴾

تشمل دراسة الصدر دراسة محتوياته بما فى ذلك القلب والرئتان ، وسنذكر فى هذه العجالة البسيطة من أمراض الرئتين أهمها : —

كالسل الرئوى — الالتهاب الشعبى الرئوى — الالتهاب الرئوى الفصى (Lobar) — الالتهاب البليوراوى — التجمع الصديدى (Empyema) والامفزيما — والالتهاب الشعبى المزمن .

﴿ طرق فحص الصدر بالاشعة ﴾

يمكن بالطريقة الراديوسكوبية أن نرى حركات الحجاب الحاجز ومايعتورها من التغيرات . ونشاهد الاختلافات فى سطوح السوائل التى قد تتجمع فى التجويف البليوراوى أو فى الرئتين . كما يمكن ملاحظة حركات القلب ودراسة موضعه وحجمه وما قد يصيبه من التغيرات

وتثبت لنا الصور المأخوذة بالاشعة بعض هذه الملاحظات ، كما تبين حالة الاعضاء الداخلة فى تركيب الصدر وما فيها من مظاهر غير طبيعية abnormalities

﴿ الرئة السليمة كما ترى بالاشعة ﴾

يختلف شكل الرئة السليمة وحجمها (وتختلف تبعاً لذلك الصور المأخوذة بالاشعة لها) حسب عمر الشخص وشكل صدره وقوامه وما أصابه من سابق أمراض . . لهذا يتعذر أن نصف صورة ندعوها « صورة الرئة السليمة » ؛ ولكن يمكن أن يقال على وجه عام أن الرئة من وجهة نظر الاشعة تحتوى على كتلة كبيرة من الحوصلات العديدة المملوءة بالهواء من جهة ، ومن جهة أخرى على شبكة ممتدة من الاوعية الدموية واللمفاوية

ولا تحدث كتلة الحوصلات الهوائية فى الحالة الطبيعية ظلالا فى الصورة المأخوذة بالاشعة أما الشعب والأوعية الدموية فانها تحدث ظلالا شبكية تتخلل الرئة وتتشعع من الجذر الرئوى وتقل درجة ظهورها وقيمة سعتها (calibre) بالتدريج كلما تتبعناها الى سطح الرئة حيث يصعب رؤيتها

وان الاختلافات فى درجة ظهور هذه الظلال فى الافراد العديدين هى التى تبرز لنا انواعا مختلفة لصور الرئات السليمة . كما أن تشخيص أمراض

الصدر بواسطة الاشعة يتوقف على الاعراب الصحيح عن الظلال الطبيعية وغير الطبيعية التى تشاهد فى الصور المختلفة

﴿ السل الرئوى ﴾

علاقة الأشعة بالفحص الاكلينيكى :

ان أهمية الأشعة فى تشخيص الدرن الرئوى واضحة لاتخفى على أحد ، ولكن يجب أن نسلم أن لهذه الطريقة (كما لكل طرق الفحص الطبى الاخرى) حدودا مخصوصة لاتتعداها ، وذلك أنه لكى تحدث البؤرة الدرنية ظلا يمكن رؤيته فى الصورة المأخوذة بالاشعة يجب أن تكون ذات قطر يبلغ بضعة ملليمترات على الأقل ، وليس قبل ذلك ، الا أنه من العدل كذلك أن نذكر أنه فى معظم هذه الحالات التى يتعذر فيها اعطاء رأى قاطع من جهة الاشعة نرى أنه من الوجهة الاكلينيكية لا توجد علامات فى المريض تؤيد ما قد نشتبه فيها من الاعراض

بيد أنه فى معظم الاحوال التى تظهر فيها بواسطة الفحص الاكلينيكى الدقيق علامات درنية يؤدى الفحص الدقيق المتكرر بالاشعة الى اظهار ارتشاحات (Infiltrations) أو بؤرات درنية فى الرئة ، ولربما يكون مبلغها اكبر بكثير جداً مما كان منتظراً بعد الفحص الاكلينيكى كما ترون فى الصور المعروضة أمامكم الآن

وفى الحالات الحديثة (early) التى لا تظهر الاشعة فيها ارتشاحات درنية واضحة نعتمد فى التشخيص فى احوال الدرن القمى على مشاهدة ضعف تهوية قمة الرئة المصابة وانقباضها أو صغر حجمها عن قمة الرئة السليمة ، وذلك بالمشاهدة على الحاجز الفلورى ، وكذلك نعتمد على حالة الحجاب الحاجز فقد لوحظ أن حركته تضعف أو تقف فى ناحية الرئة المصابة حتى فى الاحوال

الحديثة العهد بالمرض بصرف النظر عن وجود التصاقات حجابية حاجزية

﴿ اثبات الدرن الحديث بواسطة الاشعة ﴾

(١) الدرن الرئوى القمى .Apical tuberculoses

تبتدئ الاصابات الا ولى للدرن غالباً فى القسم العلوى من الرئة وتظهر فى الصورة بشكل ظلال طفيفة متجانسة يختلف قطرها من بضعة ملليمترات الى سنتيمتر أو ا كثر ، والاصل الباثولوجى لهذه الظلال هو فى الغالب تجمع عدة درنات يحيط بها ارتشاح التهابى رئوى (pneumonic exudate)

وكلما امتدت البؤرة الدرنية فى الرئة كلما ازدادت الظلال عددا وتنوعت شكلا وربما اتحدت فكونت ظلا كبيراً متجانساً ، واذا ما حصـل التجبن (caseation) تزداد الظـلال كثافة وظهوراً وتعريجاً . وفى معظم الاحوال تتكون الأنسجة الليفيـة فى الرئة عاجلا أو آجلا وتظهر فى الصورة كظلال بشكل خطوط سميكة أو شرائط مختلفة الشكل ممتدة فى الجزء المصاب وتصله بغيره من أجزاء الرئة ، وفى الدرن القمى تمتـد الشرائط بين القمة المصابة وجذر الرئة . Lung root

(٢) الدرن الرئوى السرى (Hilum Tuberculoses)

فى هذا النوع يبتدئ الدرن غالباً فى غدد الجذر الرئوى root glands كما أشار بذلك بعض الباحثين ثم ينتشر الى الجهات الاخرى من الرئةويذكر الدكتوركليف زيفير الفرنسى ان من أهم العلامات الا كلينيكية لهذا المرض (بصرف النظر عن ذكر الاعراض) وجود تصمم بالقرع على الظهر حول العظم الفقرى (paravertebral dullness) وضيق التمدد الافقى لقمـة الرئة وأن المرض غالباً يصيب الرئتين معاً

ولقـد فحص الدكتور ستانلى ملفل (رئيس قسم الاشعة فى مستشفى برومتون للامراض الصدرية فى لندن) كثيراً من مثل هذه الحالاتوجه فيها

النظر الى أن القلب فى معظم هذه الاحوال يتغير شكله فى الصورة فيصبح ضيقاً متدلياً رأسى الوضع (ولقد أشار بعض الباحثين الى أن القلب الذى ينطبق عليه هذا الوصف يحتمل أن يجعل عند صاحبه استعداداً لقبول السل الرئوى . أى أن حالة القلب هذه ليست نتيجة للدرن بل سبباً سابقاً له ويرى غيرهم عكس ذلك) وشاهد الأستاذ ملفل فى الحالات التى فحصها أن الحد الايسر للقلب ينتقل قريباً الى الخط المتوسط للجسم وبذلك يظهر جذر الرئة اليسرى بوضوح فى الصورة ولاحظ أن جذرى الرئتين كلاهما غليظان كثيفان (بمعنى أن الرئتين مصابتان معاً) ولهما تركيب متجانس أوغيرمتجانس وتشاهد فيهما أحياناً بقع كثيفة تدل على وجود تحجر الغدد الجذرية كما شاهد ضيق التمدد الافقى لقمتى الرئتين فى بعض الحالات ومعظم هذه المظاهر تشاهد فى الصور المعروضة على حضراتكم الآن

﴿ السل الرئوى المتقدم ﴾

لا يتسع المقام لوصف جميع المظاهر التى نراها على الصور المأخوذة بالاشعة لمثل هذه الحالات ولكن مما هو جدير بالذكر أن الاحوال الدرنية المصحوبة بالامفزيما أو الربو التى تحتجب فيها العلامات الاكلينيكية للدرن الرئوى تظهر الاشعة مبلغ الاصابة الدرنية فيها بوضوح كثير فى معظم الاحيان وتدل على مقدار تقدم المرض كما تدل الاشعة عما اذا كانت احدى الرئتين سليمة أو قليلة الاصابة ، وهذا من الاهمية بمكان عند التفكير فى العلاج بأجراء عملية ادخال الهواء فى الصدر

﴿ الالتهاب الرئوى ﴾

يسبب الالتهاب تصلباً (consolidation) فى أنسجة الرئة باحداث ارتشاحات التهابية فى الحوصلات الهوائية ، وتظهر ارتشاحات أحياناً واضحة

فى الصورة المأخوذة بالاشعة بمقارنتها بالاجزاء السليمة من الرئة

وفى الالتهاب الرئوى الفصى (lobar) يؤثر المرض فى جزء كبير من الرئة وعند الاعراب عن الظلال التى تحدثها التصلبات الرئوية فى الصورة يجب أن نتذكر طريقة توزيع الاصابة فانها تكون فى هذه الحالة غالباً فى قاعدة الرئة ثم تمتد الى جهـة القمة بخلاف ظلال الدرن التى تبتدئ عند القمة فى الغالب ذلك فضلا عن المظاهر الدرنية الاخرى . ويجدر ملاحظة أن الارتشاحات فى حالة الالتهاب الرئوى يستمر أثرها فى دور النقاهة ولذلك فان الفحص بالاشعة فى هذا الدور يبين ظلالا فى الرئة مع عدم وجود علامات ظاهرة للفحص الطبى العادى

وفى الالتهاب الشعبى الرئوى (الفصيصى) تصاب أجزاء صغيرة عديدة من الرئة فى وقت واحد ، وربما تكون الظلال طفيفة بدرجة تجعلها غير ظاهرة فى صورة الاشعة وقد يصعب تشخيص المرض بالاشعة وحدها فى هذه الحالة

والحالات التى يعقبها تجمع صديدى بليوراوى يمكن ادراكها بالاشعة بسهولة حتى فى الاحوال التى يكون تجمع الصديد فيها قليلا ، وذلك بملاحظة أن الجزء الخارجى من الحجاب الحاجز يقل وضوحاً ويصعب تمييزه ويمتلئ الجيب الضلعى الحجابى بظل كثيف اذا قورن بالرئة السليمة فوقه

وفى حالة عدم انحلال الالتهـاب الرئوى (unresolved pneumonia) يحصل غالبـاً تحول ليفى فى المنسوجات الخلاليـة وهذا يحدث ظلا كثيفاً فى الصورة يسهل ادراكه فى كثير من الاحيان ، كما يمكن ادراك التجاويف التى قد تنشأ من حدوث التمدد الشعبى (Bronchiectaisis)

﴿ امراض البليورا ﴾

(١) الالتهاب البليوراوى

يصعب تشخيص بعض الأنواع الجافة من هـذا المرض بالاشعة لان

الارتشاح الطفيف الرفيع (exndation) لايمتص من الاشعة مايكفى لاحداث ظلال ظاهرة ولكن فى الاحوال التى تصحب الدرن الرئوى المزمن أو الالتهاب البليوراوى الرئوى pleuro - pneumonia تصبح البليورا غالبا سميكة بدرجة كافية لاحداث ظل كثيف متجانس كبير يغطى الرئة المصابة فيحجب ظهور تخطيطها تماما فى الصورة . وقد لا يرى الحجاب الحاجز فى هذه الحالات . واذا لوحظ فى الصورة انقباض فى جدار الصدر وازاحة للحجاب المنصف جهة الجزء المصاب فان ذلك يجعل تشخيص النوع الجاف من الالتهاب البليوراوى كثير الاحتمال

(٢) الدفق البليوراوى

يسهل بالاشعة ادراك السوائل فى التجويف البليوراوى بما تحدثه من الظلال فاذا كان السائل قليلا فانه يتجمع محدثا ظلا سميكا فى الصورة فى القاعدة الابطية فى أسفل الصدر ويملأ الجيب الضلعى الحجابى costo - diaphragmaticsinus ويحجب ظهور الجزء الخارجى من الحجاب الحاجز . وفى هذه الحالة يكون سطح السائل مقعرا . وكلما ازداد تجمع السائل كلما ارتفع الظل حتى يصل الى مستوى قمة الرئة اذا وصل تجمع السائل الى هذا الحد . ويحدث وجود السوائل تغيرات ثانوية فى الصدر كازاحة القلب وتغير شكل الحجاب الحاجز . وها هى صورة تمثل هذه التغييرات بشكل واضح : —

مريض بالمستشفى حضر الى قسم الاشعة هذا الاسبوع اشتبه فيه الطبيب بواسطة القرع والاستماع بان قلبه فى صدره الايمن (dextro-cardia) وبالفحص بالاشعة كما يرى فى الصورة وجد فى جهة الصدر اليسرى ظل كثيف ينبىء بوجود بليورا سميكة ودفق بليوراوى وشوهد ان القبة اليسرى للحجاب الحاجز لها نفس الكثافة الظلية فلم تعد واضحة وان القلب مزاح مع الحجاب المنصف الى اليمين بدرجة كبيرة مما كان سببا فى ظهور العلامات الاكلينيكية

كما شوهد فى الصورة ان حافة القلب اليمنى مشدودة بوثاق عريض متعرج من المنسوج الليفى يمتد الى السطح العلوى للقبـة اليمنى من الحجاب الحاجز الذى لوحظ تعريج سطحه الاعلا وعدم انتظامه

وكثيرا ما يكون الدفق البليوراوى موضعياً محاطا بمحفظة من الالتصاقات ويحدث ظلالا مختلفة كثيرا ما يشتبه أمرها بالتصلب الرئوى اذا لم تدرس الحالة درسا دقيقا مع تطبيق العلامات الاكلينيكية بالمشاهدات الراديولوجية

ومما يجـدر ذكره انه لا يمكن بواسطه الاشعة التمييز بين الدفق المصلى والدموى والمتقيح لانها كلها تحدث ظلالا متشابهة فى كثافتها

﴿ تجمع الهواء أو السوائل فى الصدر ﴾

Pneumothorax & Hydro - or pyo - thorax

فى تجمع الهواء بالصدر كما يشاهد فى الصور المعروضة الآن يسهل بالاشعة ان ترى حافة الرئة المنكمشة بعيدة عن جدار الصدر بعدا يختلف بنسبة الهواء الموجود فلا يشاهد أثر للتخطيط الرئوى فى الجزء الصـدرى المملوء بالهواء . وكثيرا ما تحـدث ازاحة كبيرة للرئة المنكمشة والحجاب المنصف والقلب الى الناحية السليمة من الصدر اذا لم توجد التصاقات تمنع هذه الازاحة ، ويمكن ادراك هذه الالتصاقات واضحة فى الصورة ، واذا وجد الهواء والسائل معا فى التجويف البليوراوى فانه يلاحظ ان سطح السائل افقى وليس مقعرا

﴿ ادخال الهواء فى الصدر ﴾

Artificial Pneumothorax

ان فحص الصدر بالاشعة فى حالة السل الرئوى الذى اجريت له عملية ادخال الهواء فى الصدر من الاهمية بمكان ، وبهذه الوسيلة . —

(أولا) تبين الاشعة هل دخل الهواء بالفعل فى التجويف البليوراوى أو أدخل فى الانسجة التى تحت الجلد أو تحت الحجاب الحاجز

(ثانياً) توضح الاشعة السبب فى عدم امكان ادخال الهواء فى بعض الاحيان كالاحوال التى فيها التصاقات كما يتبين مبلغ هذه الالتصاقات وحجمها وقوتها

ولا تخفى اهمية الفحص بالاشعة فى الحالات التى اجريت لها عملية تفريغ التجمع الصديدى من الصدر وبذلك يسهل معرفة مقـدار تصريف التجمع ومبلغ نجاح العملية

﴿ خراج الرئة ﴾

ترى المناظر المعروضة بعض مظاهر الخراجات الرئوية

ومن أهم أسباب التقيح فى الرئة (suppuration) نذكر ما يأتى : —

(١) ذات الرئة (الالتهاب الرئوى) . الانفلونزا

(٢) شفط جسم غريب الى الرئة أو شفط مادة عفنة اثناء اجراء عمليات جراحية تحت البنج العام

(٣) احوال التليف الرئوى (fibrosis)سواء أكان ناشئا من الزهرى أم من السل أم من أنواع الالتهابات الرئوية المزمنة الاخرى

(٤) الورم الخبيث فى الرئة كالسرطان

(٥) التمدد الشعبى Bronchiectasis

فى حالة الخراج الرئوى يسبق ظهور الاعراض (كزيادة افراز المخاط الشعبى ذى الرائحة الكريهة) وجود العلامات الطبية التى لا تكون واضحة فى الغالب

ومن الصعب أن نتبين بالقرع والاستماع علامات تدل على وجود التجويف الخراجى كالرنة الطبلية والتنفس الكهفى والصوت الزلعى والصوت الصدرى وذلك لان التجويف يكون فى الغالب محاطا بارتشاحات رئوية تحيط بها اجزاء سليمة من الرئة . وهذه ربما تؤدى كذلك الى اخفـاء منظر التجويف فى الصورة . ولهذا فانه مع عدم وجود تجويف ظاهر فى الصورة فان منظر الارتشاح وموقعه يهدينا الى تشخيص الخراج الرئوى لا سيما اذا كانت أعراض المريض

تشير الى وجوده . مع تذكر أن الارتشاحات الناشئة من الدرن الرئوى تحصل غالباً فى القمة . فاذا وجد ارتشاح أو تجويف فى الصورة فى الجزء السفلى من الرئة مع خلو القمة الرئوية من التغييرات فان ذلك يشير الى أن الحالة هى حالة خراج رئوى كما هو واضح فى هذه الصورة . فاذا وجدت القمة متأثرة بمناظر ارتشاحية فان تمييز الحالة وتشخيصها بالاشعة وحدها يصعب اذا لم تراع نتائج الفحص الاكلينيكى عند الاعراب عما تدل عليه الظلال مع التدقيق فى الفحص المتكرر بالاشعة

﴿ الالتهاب الشعبى والتمدد الشعبى ﴾

طالما تؤدى بعض الاعراض والعلامات الاكلينيكيه الى تشخيص حالة المريض بأنها التهاب شعبى شبه حاد أو مزمن . ولطالما بينت الاشعة أن كثيراً من هذه الحالات هى حالات درن رئوى وأظهرت الارتشاحات الدرنية بشكل ظاهر يسترعى الانظار . لهذا فانه يحسن عرض كل حالات الامراض الصدرية لا سيما التى يشتبه فى أمرها على الفحص بالاشعة حتى نأمن الوقوع فى العثرات

﴿ الورم الخبيث فى الرئة ﴾

تتبين أهمية الاشعة فى فحص مثل هذه الحالات حينما نذكر أن الإصابة الرئوية الخبيثة قد لا تحدث فى بادىء الامر اعراضاً كثيرة للمريض أو علائم مميزة من الوجهة الاكلينيكية ، فان الرئة ربما تكون مرعى خصباً للاورام الخبيثة كالسرطان والسركوما وغيرها المنتشرة فى ارجائها بينما نرى المريض لا تعتوره كثير من الاعراض ، أما من جهة العلامات (physical signs) فربما نجد أن القرع الطبلى طبيعى وغاية ما نسمع احيانا أن الخرير التنفسى يقل فى انحاء الصدر، ومما لا شك فيه أن الاشعة تبين مواقع أصابات المرض الخبيث الرئوى قبل أن يهتدى الفحص الاكلينيكى الى اظهارها

لهذه الاسباب يرى الجراح من الواجب عليه أن يكشف بالاشعة على صدر كل مريض مصاب بورم خبيث فى أى جزء من أجزاء الجسم قبل أن يبدأ فى عمل عمليات الاورام الخبيثة الاولية فى أجزاء الجسم المختلفة كالسرطان أو السركوما فى الثدى أو الرحم أو العظام أو المعدة وغيرها . بذلك يأمن الجراح على شهرته ولا يعرض المريض لعمليـة لا تفيده لان الاصابة الثانوية التى فى صدره ستؤدى حتما الى هلاكه

أما المظاهر المختلفة التى ترى فى الصور المأخوذة بالاشعة فى مثـل هذه الاحوال فان المقام لا يتسع لوصفها . ويكفى أن نعرض الصور التى تبين بعض هذه المظاهر

﴿ أورام الحجاب المنصف ﴾

تحت هذا العنوان نذكر أنواع الورم اللمفاوى واللمفوساركوما والساركوما ومرض هدجكنز وكل هذه الامراض تحدث ظلالا مختلفة فى الصورة فى الجذر الرئوى وتمتد الى مسافات مختلفة بأشكال متنوعة . وقد يصعب التفريق بينها بالاشعة وحدها .

ويجب فى مثل هذه الاحوال مراعاة نتائج الفحص الاكلينيكى عند التعبير عن الظلال التى ترى فى الصورة المأخوذة بالاشعة

﴿ فحص أمراض القلب بالاشعة ﴾

يصعب أن ندخل فى تفاصيل البحث فى هذا الموضوع الـكبير فيما لدينا من الوقت القصير ·

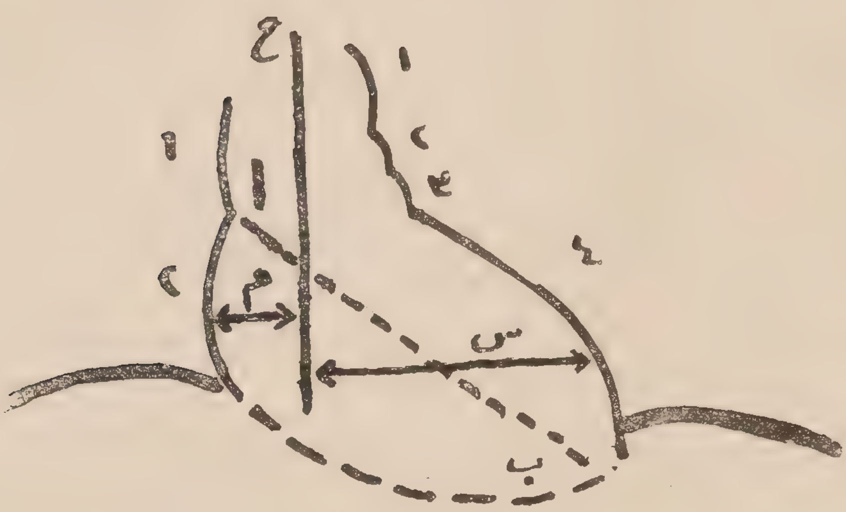
(طرق الفحص)

يمكن دراسة حركات القلب وشكله وما يعتوره من التغـيرات بفحص المريض خلف الحاجز الفلورى ، أما طريقة التصوير العادية بالاشعة فقد لا تكفى وحدها للتدليل لان صورة القلب تظهر فيها انحرافات مختلفة ذلك لأن القلب

فى حركة دائمة ، وتوجد طرق مخصوصة لضبط طرق الفحص عن طريق التصوير

﴿ شكل القلب كما يرى بالاشعة ﴾

يظهر القلب والأوعية الدموية المتصلة به بواسطة الأشعة على شكل خاص له أربعة منحنيات فى جهته اليسرى واثنتان فى جهته اليمنى : —



منظر وجهى للقلب

الجهة اليمنى : —

(١) المنحنى الاعلى — يمثل الوريد الاجوفى الاعلى أو الاورطى الصاعد

(٢) المنحنى الادنى — يمثل الاذين الايمن

الجهة اليسرى

المنحنى الاعلا — يمثل قوس الاورطى

(٢) المنحنى الثانى — يمثل الشريان الرئوى

(٣) المنحنى الثالث — (لا يظهر فى غالب الاحوال فى الحالة الطبيعية فى الموضع الامامى) يمثل الاذين الايسر

(٤) المنحنى الرابع (الأدنى) يمثل البطين الايسر

أن شكل المنحنيات فى ظل القلب فى الحالة الطبيعية يكاد يكون ثابتاً بنظامه الخاص وترتيبه كما تراه العين المتمرنة مع قابليته للتأثر بالتغيرات الفسيولوجيه . وفى بعض الاحيان لا يكون شكل هذه المنحنيات واضحاً ويحتاج الأمر الى مراقبة نبض كل منحنى منها على حدة حتى يمكن تمييزه على حاجز الفحص ، ، ويختلف نبض كل منحنى فى شدته ووقت حصوله Phase & amplitude مثلا يلاحظ أن نبض الاذين الايمن طفيف ويحصل قبل السستولى Presystolic

بينما نرى أن منحنى البطين الايسر له نبض واسع ووقته ستولى ، ويشاهد أن نبض المنحنى الاورطى والشريان الرئوى معتدل ويحدث فى وقت انقباض البطينين ، ويرى نبض منحنى الاذين الايسر ضعيفاً

﴿ الاختلافات الطبيعية فى شكل القلب ﴾

يرى فى الصورة المأخوذة بالاشعة أن المحور الطويل للقلب (ا ب) كما هو موضوع فى الصدر مائل يبتدئ من اليسار ويمتد شمالا الى اليمين

وفى الاحوال الطبيعية قد يختلف الوضع المائل للقلب تحت عوامل متعددة كالعمر وشكل الصدر (ضيقه أو سعته) وحالة البطن وما قد يكون فيها من انتفاخ أو تراكم دهنى وغير ذلك

﴿ التوصل الى تشخيص أمراض القلب بواسطة الاشعة ﴾

بالتمرين الكثير يمكن ادراك ما اذا كان ظل قلب الشخص الذى نفحصه طبيعياً أو غير طبيعى ، وأن التغيير الذى قد يشاهد فى شكل المنحنيات كثيراً ما يؤدى الى معرفة نوع المرض كما سنشير الى ذلك عند ذكر أمراض الصمامات التى يحدث وجودها تغييراً ميكانيكياً فى شكل غرف القلب ، ، ولقد عملت جداول مخصوصة تبين حجم ظل القلب الطبيعى ومقاساته فى أدوار العمر المختلفة على أقرب تقدير وتقارن بها مقاسات قلب المريض الذى يفحص بالاشعة ، فاذا وجد اختلاف فى المقاسات امكن استنتاج الامراض بهذه الطريقة

﴿ تمدد القلب وزيادة ضخامته ﴾

Dilatation & Hypertrophy

يحدث تمدد تجاويف القلب زيادة فى حجمه واختلافاً فى شكله ويزداد بذلك طول القطر الافقى الايمن (م) والايسر (س) ويؤثر تمدد البطين الأيسر على الوضع المائل للقلب فيصبح أقرب الى الوضع الافقى وتقل قيمة

الزاوية التي بين المنحنى البطينى والمنحنى الشريانى الرئوى ، كما يظهر ظل قمة القلب مفرطحاً

وفى حالة تمدد البطين الأيمن لا يحدث ذلك زيادة فى ظل القلب فى الغالب ولكن يتغير شكل الجزء الأعلا من القلب بالامتداد الى الجهة العليا، وبذلك تقل درجة ميل القلب فى الصدر ، ويظهر بشكل كروى رأسى الوضع تقريباً

واذا لوحظت زيادة فى الظل فى الناحية اليمنى فيدل ذلك غالباً على تمدد فى الأذين الايمن والبطين الأيمن معاً

وأكبر زيادة تلاحظ فى الظل فى الناحية اليسرى ترى غالباً فى أحوال القلس الأورطى (Aortic insufficiency) وفى أمراض الصمامات ذات الشرافتين المتقدمة

وتكون زيادة ظل القلب جهة اليمين بدرجة كبيرة فى أحوال تضخم القلب المسبب من الالتهابات الكلوية المزمنة ، وكذلك فى أحوال فقدالتعويض (decompensation) وفى أمراض القلب الوراثية

﴿ أمراض صمامات القلب ﴾

تحدث أمراض الصمامات تغييرات ثانوية ميكانيكية فى تجاويف القلب وفى شكله العمومى كما تؤثر على مناظر منحنياته ، ولقد دل الاختبار على أن كل مرض من أمراض الصمامات يعطى شكلا أو ظلا خاصاً للقلب (silhoutte) ويصعب أن نصف فى هذا المقام كل منها على حده

﴿ الالفاظ الوظيفية ﴾

باستماع القلب فى بعض الافراد يسمع لغط سستولى عند قمة القلب ، وفى كثير من هؤلاء الأفراد لا توجد أدلة أخرى على وجود مرض حقيقى فى القلب ، وينشأ من ذلك صعوبة فى ابداء رأى قاطع من الوجهة الاكلينيكية

فى كثير من الاحيان فيما اذا كان ذلك اللغط يعبر عن مرض حقيقى أو هو لغط وظيفى لا أهمية له

وفى هذه الحالة أهم شيء نتحقق منه هو « هل زادت ضخامة القلب أو أحدى غرفه أو تغير شكلها كتأثير ثانوى أم لا » ؟ ؟

بفحص مثل هؤلاء المرضى بالاشعة بطريقة مخصوصة يتبين بوضوح مبلغ التغير أو عدمه فى شكل القلب . فاذا وجد أن حجم القلب وشكله لم يتغيرا ولوحظ أن أشكال منحنياته المتعددة فى حالتها الطبيعية غير متأثرة يكون من المعقول ومن الاقرب الى العدل أن نعتبر أن اللغط الذى سمعناه بالمسماع لغطاً وظيفياً يجب أن لا يعيق أعمال المريض ولا يقف حجر عثرة فى سبيل نجاحه فى الكشف الطبى

﴿ التهاب التامور ﴾

اذا كان الدفق التامورى متوسطاً فى مقداره فانه يسبب زيادة فى حجم ظل القلب . وفى هذه الحالة لا يمكن أن يتبين بالاشعة وحدها ما اذا كانت الزيادة فى الظل ناشئة من الدفق أو من غيره

ولكن فى الحالة التى يكون فيها التامور متمدداً بوجود سائل كثير فيه فان القلب يتغير شكل ظله و يصير كشكل زجاجة الجعة المفرطح قاعها

﴿ فحص أمراض الكلا والمجارى البولية بالاشعة ﴾

يقدر الاطباء والجراحون فى أنحاء العالم أهمية الاشعة فى فحص المجارى البولية وأنه بالمعاونة التامة و ببسط كل نتائج الفحص من الوجهة الاكلينيكية والراديولوجية وباعتبارهما معاً فى وقت واحد يسهل الوصول الى أحسن النتائج . ومما يجب ذكره أن فحصاً واحداً بالاشعة قد لا يكفى فى كثير من الاحيان للوصول الى تشخيص صحيح للمرض

ويحتاج الفحص اذا أجرى كاملا بأمانة واخلاص وعناية وقتاً طويلا وعناء كبيراً

﴿ طرق الفحص ﴾

(١) مشاهدة ظلال الكلا بالعين (كلما أمكن ذلك) على اللوحة الفلورية وملاحظة موضعها ومبلغ حركاتها وما قد يوجد من التغيرات .

(٢) أخذ صور للكليتين وللحالبين وللمثانة . وربما يحتاج الامر لأخذ صور عديدة وذلك حسب اختلاف نوع الحالات المراد فحصها

(٣) طريقة حقن الحالب بسائل معتم . أو طريقة ادخال قثطرة معتمة فيه

وقد يكفى استعمال الطريقتين الاولين للتشخيص فى كثير من الاحيان وتستعمل الطريقة الثالثة لبيان حوض الكلية وكؤوسه والحالبين والمثانة فتظهر سعتها وشكلها وما يعتورها من التغيرات كما يرى فى المناظر المعروضة الآن

ويستعمل لهذا الغرض سائل معتم (أى يمتص كثيراً من الأشعة فيظهر ظله واضحاً كثيفاً فى الصورة) مثل محلول نترات الثوريوم من ١٠ الى ١٥ فى المئة (أمريكا) والكولارجول والارجيرول . ولكن السائل الشائع الاستعمال فى انجلترا الآن هو يودور الصوديوم المحلول بنسبة ٢٠ الى ٣٠ فى المئة . ويحقن السائل فى فتحة الحالب بالمثانة بواسطة كشاف المثانة القثطرى

ومع فائدة هذه الطريقة فى كشف كثير من الامراض التى يصعب ادراكها بدون الالتجاء اليها الا أنها لا تخلو من الاخطار لا سيما على أيدى غير المتمرنين على استعمال كشاف المثانة أو غير الفنيين فى أعمال الاشعة السريعة

وتستعمل الطريقة الثالثة (وتسمى pyelograpy) فى كشف كثير من الامراض نذكر منها ما يأتى : —

(١) كلية حذاء الفرس

(٢) الكلية الكيسية

(٣) استسقاء الكلى

(٤) الالتهاب الكاوى الصديدى

(٥) الكلا المتحركة

(٦) تمدد حوض الكلا وكؤوسه الناشىء من انسداد أو ضيق فى المجارى البولية السفلى

(٧) تغير شكل حوض الكلية (malformation) الذى ينشأ غالباً من وجود ورم كلوى (New growth)

(٨) الحالب المزدوج

(٩) انسداد أو ضيق الحالب

(١٠) تبين علاقة الظلال غير الطبيعية بالمجارى البولية

(١١) الحصوات

(١٢) حجم المثانة وشكلها

وتبين الصور المعروضة على حضراتكم بعض هذه التغيرات

﴿ بيان الحصوات فى مجرى البول بالاشعة ﴾

تظهر الاشعة الحصوات حسب تركيبها الكيماوى . ويجب أن تكون الاشعة ناعمة بدرجة مخصوصة تسمح بظهور الحصى . والحصوات المركبة من الاكسالات (oxalates) أو من كربونات الكلسيوم تحدث اظهر الظلال . وتليها المركبة من الفسفات . أما المركبة من البولينا (urates) فانها ترى طفيفة ، وقد لا ترى مطلقا وعلى كل حال فان حدوثها فى الكلا أو الحالب نادر وحيث توجد فى المثانة يمكن الاستعانة على ادراكها بالكشاف

﴿ مصادر الخطأ فى تشخيص الحصوات ﴾

يحتاج تمييز الظلال غير العادية التى ترى فى الصور المأخوذة بالاشعة للمجارى البولية تمرينا كبيراً وعناية تامة . ويكفى أن أضع جدولا يبين بعض المصادر التى

تحدث ظلالا قد يلتبس تشخيص الحصوات بها : —

(١) التكلس فى الدرن الكلوى

(٢) القيح الجاف فى الكلا أو الحالب

(٣) تحجر كالته دموية كما يحصل فى السرطان الكلوى مثلا

(٤) البلهارسيا

(٥) خراج كلوى ملتئم تاركا أثر التحام ليفى

(٦) مخلفات الطعام فى الامعاء لا سيما عند الانثناء الكبدى أو الطحالى مثلا . بذور الفواكه . ومخلفات بعض العقاقير كالبزموت والباريوم

(٧) تحجر الغدد المساريقية

(٨) تكلس الزوائد التربية

(٩) تكلس فى الزائدة الدودية

(١٠) الحصوات المرارية

(١١) تحجر عند التفرع الاورطى

(١٢) انفصال حروف النتوء الافقى لاحدى الفقرات القطنية

(١٣) تصلب فى الشريان الحرقفى

(١٤) تحجر فى غضروف احدى الاضلاع السفلى

من هذا يتبين أهمية الفحص الدقيق المتكرر بالاشعة مع العناية التامة قبل البدأ فى الاعراب عن كنه الظلال . ويجب تحضير المرضى بالمسهلات ومراعاة الاصول الفنية . وترى مناظر الفانوس السحرى مظاهر الظلال المختلفة لبعض هذه الحالات المتنوعة كما تبين الصور المعروضة على حضراتكم حالات كلوية لبعض مرضى مستشفى الاسكندرية .

فحص الجهاز الهضمى بالاشعة

ان أهمية فحص الجهاز الهضمى بالاشعة لا تحتاج الى بيان . ولقد يجنى المريض أكبر الفوائد بالتعاون التام بين الطبيب والجراح وطبيب الفحص بالاشعة .

وليس المهم فى طريقة فحص المعدة والامعاء بالاشعة اعداد الصور اللازمة ولكن المهم هو التعليل الصحيح لما نحصل عليه من النتائج بهذه الوسيلة

ولقد وضعت الاشعة فى أيدى الاطباء وسيلة ناجعة لادراك التغيرات الباتولوجية فى أعضاء الانسان الداخلية وهو حى يرزق ، تلك التغيرات التى طالما تكون موضع الحدث والتخمين بدون الاشعة

وعند ارسال المرضى المراد فحص جهازهم الهضمى بالاشعة يجدر أن يرسل معهم تقارير وافية عن أعراضهم وما وجد من العلامات الا كلينيكية وخلاصة ابحاث المعامل ان أمكن ذلك ، لانه من الواجب على طبيب الفحص بالاشعة قبل ابداء رأى قاطع فيما تدل عليه صورة الاشعة أن يجعل نتائج الفحص بالطرق الطبية الاخرى موضع نظر واعتبار ، لان الرأى الذى يبديه كثيراً ما يكون أكبر عون للاطباء فى تشخيص أمراض المرضى تشخيصاً نهائياً وللجراحين من جهة هدايتهم الى تجنب العمليات الجراحية أو ضرورة اجرائها فى بعض الاحوال مثل حالة الضيق الموضعى للمعدة المعروف باسم « معدة زجاجة الساعة » أو ضيق البواب Stenosis of the pylorus أو التمدد المعدى (Dilatation of stomach أو القرح المعدية أو سرطان المعدة . وغير ذلك

طرق الفحص

لبيان حالة الجهاز الهضمى بالاشعة يعطى المريض طعاماً معتما أى يمتص كثيراً من الاشعة فيحدث ظلا كثيفاً فى الصورة . ويستعمل لهذا الغرض أملاح كربونات البزموت أو ثانى اكسيد كاورور البزموت . ويفضلون الآن استعمال كبريتات الباريوم . ويمزج قليل من الملح باللبن وفتات الخبز أو الدقيق . ويتناول المريض هذا الطعام وهو واقف أمام أنبوبة الاشعة وخلف اللوحة الفلورية . ويلاحظ الطبيب سير الطعام فى الجهاز الهضمى بما يحدثه من الظلال على لوحة الفحص

والفحص الكامل للجهاز الهضمى يستدعى دقة عظيمة وعناء كبيرا ووقتاً

طويلا . ويجب عرض المريض للاشعة عدة مرات فى أثنـاء الاربعة والعشرين ساعة التى يمر فيها الطعـام المعتم فى المعدة والامعاء . ويحسن أخذ عدة صور فى فترات متباينة حتى تسجل ما فى الجهاز الهضمى من التغيرات ، مع تكرار الفحص اذا دعت الضرورة الى ذلك

﴿ فحص المرىء ﴾

لا حاجة بنا الى وصف جميـع أحوال المرىء التى ترى بالاشعة فان مناظر الفانوس السحرى تكفى لبيان التغيرات المختلفة . وترى الاشكال بعض أنواع الضيق المسبب من عوامل خارجية كالضغط الناشئ من الاحوال الآتية : —

(١) آفات الغدة الدرقية التى تسبب تضخما فيها وضغطا على المرىء

(٢) تضخم الغدد الصدرية وأورامها

(٣) انورزما الأورطى

(٤) أورام العامود الشوكى

(٥) أورام الحجاب المنصف والرئتين

كما يظهر أحيـانا الفرق فى الصورة بين الضيق البسيط (المسبب عن قرح عادية أو زهرية أو درنية أو كأثر التحام ليفى) والضيق الخبيث (الناشئ من وجود ورم خبيث فى المرىء أو فيما حوله من الانسجة) بما يحدثه النوع الاخير من التعريج الـكثير فى شكل الظلال

﴿ فحص المعدة ﴾

مما لا ريب فيه أن الاشعة هى أكبر معين لنا على فحص المعدة وتشخيص أمراضها . ولطالما يأتى الى عياداتنا كثير من المرضى يشكون من الهضم والآلام التى تصحبه مما يجمعه البعض تحت العنوان المبهم « عسر الهضم » . وان كثيرا من هؤلاء المرضى ينتقلون من طبيب الى آخر علهم يجدون ضالتهم المنشودة فى

العلاج المثمر . ولكن هيهات أن يكون العلاج مفيداً اذا كان تشخيص المرض غامضاً

﴿ المعدة السليمة كما ترى بالاشعة ﴾

من الصعب أن نجازف بوصف شكل مخصوص أو حجم مخصوص نصف به المعدة السليمة . الا أن التجارب علمتنا أن ندرك أشكالا للمعدة ندعوها سليمة رأيناها فى كثير من الشبان الذين لم تنتبهم أمراض هضمية

موقع المعدة السليمة : —

تقع المعدة فى الحالة الطبيعية ماعدا البواب على يسار الخط المتوسط للجسم ممتدة من القبة اليسرى للحجاب الحاجز الى مستوى السرة تقريباً . ويقع ثلثاها الاعليان فى اتجاه رأسى والثلث الادنى أفقى على وجه التقريب

شكل المعدة : يمكن أن نقول على وجه عام أن المعدة السليمة كما ترى بالاشعة لها شكل كمثرى فى ثلثها الاعلا وشكل أنبوبى فى ثلثيها الباقيين ويختلف قطرها حسب كمية الطعام التى تحتويه . وفى حالة خلوها من الطعام تصبح المعدة كانبوبة فارغة متلاصقة الجدران ماعدا قبتها (fundus) التى ترى مملوءة بالغازات . واذا شاهدنا دخول الطعام فيها بواسطة الاشـعة نرى أنه يقف برهة فى الجزء العلوى للمعدة الذى يأخذ حينئذ شكل قمع فتحته الضيقة متجهة الى أسفل ولا يلبث أن يسير الطعام سريعاً فى طريقه الى الجيب (sinus) ثم يسير فى القناة البوابيـة ويلاحظ أن المعدة لا تزداد طولا بملئها بالطعام ولكنها تهيئ نفسها له بالاتساع

وأن الكيفية التى تمتلئ بها المعدة بالطعام والمظاهر المختلفة التى تشـاهد بالاشعة أثناء سير الطعام فيها وخروجه منها ، تعرب عن الاحوال الفسيولوجيه والباثولوجية التى تنتاب كثيراً من المعدات . مثلا . فى المعدات المسماة « زجاجة الساعة » الخبيثة منها والبسيطة (المسببة عن قروح حادة أو مندملة أو مزمنة) نرى أن مظاهر الامتلاء مختلفة كل الاختلاف عما سبق به الوصف فى المعدة السليمة

فان الكيس العلوى يمتلئ أولا وربما لا يتسرب الطعام الى الكيس السفلى الا بعد مدة تتراوح طولا وقصراً حسب ضيق القناة التى بين الكيسين ونوعها وشكلها

وفى المعدة ذات النشاط العضلى الضعيف أو المعدوم (atonic) نرى أن الطعام لا يقف فى الجزء الاعلا للمعدة بل يتساقط مباشرة الى الجزء الاسفل ويرى بالاشعة كظل سميك منحنى تحت مستوى السرة بكثير لان القطب الادنى للمعدة فى كثير من هذه الاحوال يرى ساقطاً فى تجويف الحوض وربما يصل الى مستوى الارتفاق العانى . وذلك مما يعيق الهضم كثيراً

تنوع مواضع المعدة وشكلها وسير الهضم فيها

لقد قلبت الاشعة كثيرا من المعلومات التشريحية عن المعدة والامعاء رأساً على عقب وأصبح من المعلوم أن شكل المعدة كما نراه على طاولة الجراحة أو فى قاعة التشريح لا يمكن الاهتداء به لانه فى هذه الاحوال تفقد المعدة نشاطها العضلى (Tonicity) الذى يتوقف عليه موقعها وشكلها وطريقة الهضم فيها

وتنقسم المعدة من هذه الوجهة الى أربعة أنواع اصطلاحياً : —

(١) المعدة ذات النشاط العضلى الطبيعى	Orthotonic stomach
(٢) » » » » الزائد	Hypertonic stomack
(٣) » » » » القليل	Hypotonic stomach
(٤) » » » » المعدوم	Atonic stomach

(١) فى النوع الاول الذى سبق وصفه تحت عنوان المعدة السليمة يكون قطب المعدة الادنى حول المستوى السرى وتتراوح مدة تفريغ الطعام منها بين أربع أوست ساعات تقريباً

(٢) وفى النوع الثانى حيث يكون نشاط المعدة كبيرا تتخلص من الطعام فى مدة تتراوح بين ساعتين وثلاثة تقريباً . ويرى قطبها الادنى فوق المستوى

السرى . وكثيرا ما نشاهد هذا النوع من النشاط العضلى فى حالات القرح المعدية الحادة .

(٣) . (٤) . وفى النوعين الثالث والرابع يتراوح تفريغ المعدة بين ست أو ثمانى ساعات وربما يمتد الى عشر ساعات أو اكثر . وتكون المعدة فى هذه الاحوال على شكل كيس مرتخ فاقد الهيئة الانبوبية المعدة

وأن فقد النشاط العضلى كثيرا ما يسبب آلاما هضمية كبيرة للمريض . وفى اثناء وقوف المريض أو سيره قد لا تكفى حركات المعدة لرفع الطعام من الجزء الادنى الساقط الى البواب ودفعه فى قناته فيمكث الطعام مدة طويلة فى المعدة وهذا يزيد الحالة سوءا فيزداد تساقط المعدة وتفقد شكلها وتجر معها القولون المستعرض فيعاق الهضم و يؤدى الامر الى الامساك المزمن وما يصحبه من التسمم الذاتى بالتدريج

ومثل هؤلاء المرضى يستفيدون كثيرا من الرقاد عقب الاكل ولبس الاحزمة البطنية والتدليك العادى والكهربائى

ويتبين من هذا الوصف المختصر اهمية الاشعة فى كشف كثير من أسباب عسر الهضم والامساك وغيرها من امراض المعدة وبيان العلاج الصحيح فى بعضها

﴿ اختلاف مدة تفريغ المعدة ﴾

يمكن مراقبة تفريغ المعدة والامعاء من الطعام بواسطة الفحص المتكرر بالاشعة بطريقة فنية مع الحساب الدقيق لمجموع الوقت الذى يتعرض فيه المريض للاشعة وحساب العوامل المختلفة خشية تعدى الحد الذى وراءه الخطر

و يكون تفريغ المعدة سريعاً فى أحوال كثيرة نذكر منها ما يأتى : —

(١) احتقان المعدة . مثلا فى الحالات الناشئة من تعاطى الخمور وفى حالات النزلات المعدية العفنة

(٢) تهيج الاثنى عشرى بوجود قرحة صغيرة متهيجة فيه . تحدث بالتأثير

العكسى سرعة فى تخلص المعدة من محتوياتها

(٣) الاتصال المعدى المعوى بواسطة عملية جراحية سابقة للفحص بالاشعة

(٤) وجود قرح صغيرة متعددة فى المعدة تحدث تهيجاً فيها وسرعة فى التخلص من الطعام

(٥) بعض أنواع الورم الخبيث الذى يحدث ضيقاً عاما فى سـعة المعدة « معدة زجاجة الماء » water bottle stomach

(٦) بعض ادوار التهابات الحوصلة المرارية والزائدة الدودية

ويكون تفريغ المعدة بطيئاً فى الاحوال الآتية :

(١) سقوط المعدة (Gastroptosis) الذى يصحب غالبا الارتخاء العام للاحشاء (general viscersptosis)

(٢) القرح المزمنة أو الاورام الخبيثة فى البواب التى تؤدى الى ضيق فى قناته وصعوبة فى مرور الطعام فيه

(٣) الركود اللفايفى Ileal stasis

(٤) المعدة ذات النشاط العضلى الضعيف أو المعدوم

(٥) التصاق العرى المعوية ببعضها أو بغيرها

(٦) الالتهابات المزمنة فى الحوصلة المرارية أو الزائدة الدودية

هـذا وان المقام لا يتسع للافاضة فى بحث أمراض المعدة كل على حدة والمظاهر المختلفة التى تصحب هذه الامراض من الوجهة الراديولوجية . ولقد يكفى أن نذكر أن المعلومات الثمينة التى ننالها من فحص المعدة بهذه الطريقة فى كثير من الاحوال تخفف كثيراً من الآلام التى يعانيها المرضى بعد هداية الطبيب الى العلاج الملائم . مثلا : —

فى حالة الورم الخبيث يظهر بواسطة الاشعة فى أحيـان كثيرة مبلغ الاصابة وموقعها ويمكن الاهتداء بذلك الى عمل العمليات الجراحية المختلفة كالوصل المعدى المعوى وتوخى المـكان المناسب لهـذا الاتصال . كما يمكن بالاشعة أن نرى بعد

العملية ما اذا كان الاتصال يؤدى وظيفته أم لا

وفى حالة القرح الحادة يظهر أحيانا مبلغ نفاذها فى أغشية المعـدة وتأثيرها عليها فنوفق الى اتخاذ خير الوسائل لانقاذ المريض .وفى القرح المزمنة التى تؤدى الى ضيق موضعى فى المعدة أو الى التصاقات حولها تعيق الهضم يتبين لنا بالاشعة كنه الاصابة فى كثير من الأحيان

وفى أحوال انسداد البواب وتمدد المعدة الثانوى يمكن مشاهدة تأثيرالانسداد على المعدة وسير الهضم فيهـا — فنوفق بالتشخيص الصحيح الى اتباع أفضل الوسائل فى العلاج

﴿ فحص الزائدة الدودية بالاشعة ﴾

تفحص الزائدة بعد ست أو سبع ساعات من وقت تعاطى الطعام المعتم فتظهر فى كثير من الاحيان بالـكشف بالأشعة فى الاحوال الطبيعية ، ويرى أن السائل المعتم يتخللها فيظهر شكلها

واذا ما كانت الزائدة الدودية موضع التهـاب مزمن ونشأ عن ذلك انسداد فى قاعدتها فان السـائل لا يدخلها فلا تظهر ، واذا سببت الالتهابات التصاقات داخلية فى جوانبها فان قناتها تشاهد ضيقة فى بعض أجزائها

وكثيراً ماتحدث التهابات الزائدة التصاقات حول الاعور والقولون يمكن ادراكها بالاشعة فى كثير من الاحيان وقد يسبب التهاب الزائدة أعراضا قد تنسب الى أعضاء أخرى من الجسم فيلتبس الامر فى التشخيص . وعند فحص المعدة بالاشعة يشاهد أحيانا تغير فى شكلها وحدوثِ انقباضات تشنجية فى أنحائهـا وسرعة فى تخلصها من الطعام وغير ذلك من التغيرات التى تنسب الى تأثير عكسى مسبب من التهابات الزائدة الدودية

﴿ أمراض الامعاء ﴾

يطول بنا الشرح اذا ذكرنا أمراض الامعـاء كلا على حدة وما تحدثه من

مظاهر راديولوجيـة . وأهم أمراض الامعاء الغليظة التى تفحص بالاشعة وتحدث من المظاهر ما يمكن ادراكها بها (ولو الى حد ما) هى : —

الالتهـاب المخاطى للقولون (mucouscolitis) والالتصاقات حوله وتمدده وانسداده وضيق قناته سواء أكان مسبباً من ورم فيه (New-growth) أم حوله أم من التصاق فى عراه

﴿ ركود الطعام فى الامعاء ﴾

(rulerostasis)

يعزى الجراح لين (Sir Arbuthnot Lane) الى ركود الطعام فى الامعاء أهم سبب فى حصول التسمم الذاتى ويذكر أن آثار هذا التسمم تظهر بشكل أعراض مختلفة تنتاب المريض كالصداع والارق وضعف القوى الجسمية أو العقلية والآلام العصبية المتنوعة وفقر الدم وغير ذلك وينسب الركود الى سقوط الأمعاء الصغيرة وحدوث التهابات التصاقية حولها أو انثناء فى عراها ، مما يؤدى الى تمدد فى الاجزاء العليا من الجهاز الهضمى . . وينسب غيره هـذا المرض الى انقباضات تشنجية عصبية فى العرى المعوية تعيق مرور الطعام فيها

ويمكن بالاشعة دراسة هذا المرض و بيان ما قد يوجد من الالتصاقات أو التمدد فى العرى المعوية ويلاحظ أن مدة تفريغ الطعام من اللفايف المعوية أطول كثيراً من المعتاد

﴿ فحص البطن أثناء الحمل بالاشعة ﴾

يعرض الحوامل فى مدة حملهن أو قبل الولادة بزمن قصير للفحص بالاشعة لبيان موضع الجنين ولمعرفة الشكل الذى يأخذه فى البطن

﴿ علاج الامراض بالاشعة ﴾

لقـد امتدت فروع الابحاث فى هذا الموضوع امتداداً يصعب تتبعه بدون

عناء كبير وجهد شديد . ولقد تأخذ الدهشة من ينظر الى أساتذة البحث من جهابذة الفن فى أوروبا ، وهم مكبون على أعمالهم ، لايطرق الضعف أبواب هممهم ولا يعرف الملل كيف يصيب عزائمهم . ولا غرابة فى ذلك فهم يعيشون فى وسط يعرف قيمة العلم وأهله ، ويقدر النبوغ حق التقدير . وسط مملوء بالتشجيع والتنشيط

استعملت الاشعة منذ نشأتها لتشخيص الامراض . ولما زاد عدد المشتغلين بها فى العهد الاول شوهد اصابة أجسام الكثير منهم من جراء التعريض الطويل للاشعة باصابات مختلفة ظهرت بعض آثارها فى بادئ الامر على الدم فيحدث ضعف وعلى الجلد كالالتهاب السطحى وصبغ الجلد أو حرقه أو ظهور قروح قد لا تندمل وغير ذلك من التغيرات والآلام العصبية التى أدت أحياناً الى اجراء عمليات البتر لبعض الاعضاء المصابة

بمشاهدة هذه التغيرات وعلى رؤوس أولئك الضحايا نشأت فكرة العلاج بالاشعة لانهم وجدوا أن لها تأثيراً حيوياً (Biological) على خلايا الجسم المختلفة وأخذت الابحاث هذا الاتجاه فدرست تأثيرات الاشعة على الخلايا السطحية كأنسجة الجلد والاغشية المخاطية وعلى خلايا الانسجة الداخلية كالانسجة العصبية والعضلية واللمفاوية والدموية وغيرها

ويصعب أن ندخل فى تفاصيل هذا الموضوع الكبير الذى لا يزال الباحثون يجاهدون ليجلوا كثيراً من غوامضه

ومنذ العهد الاول للاشعة والتجارب دائرة فى علاج الكثير من الامراض شأن كل اكتشاف جديد . وحصل المجربون على نتائج باهرة فى علاج بعض الامراض وعلى اخفاق كبير فى البعض الآخر . ولكن الابحاث المستمرة ثبتت قدم هذا الفن بحيث أصبحنا نعرف حدوده وانقضى بذلك عهد الحدس والتخمين ولو أن البحث ما زال مستمراً ، ولسنا ندرى ما تخبئه لنا الايام

وسأذكر الآن خلاصة مختصرة للامراض التى وجد استعمال الاشعة فيها مثمراً ويعقب ذلك وصف عام لتأثير الاشعة على الانسجة المختلفة سواء اكانت طبيعية أم مريضة . ويمكن أن نكتفى بهذا عن ذكر تأثير الاشعة فى علاج كل مرض على حدة لان المقام لا يسمح بالاطالة أكثر من ذلك

﴿ الامراض الجلدية ﴾

ان نتائج علاج الامراض الجلدية بالاشعة حسنة جدا ويجدر الاعتماد عليها دائماً فى علاج هذه الامراض ونذكر منها : —

(١) الاكزيما

(٢) الالتهاب الجلدى التقشيرى

(٣) أنواع الحزاز المزمن (Lichen)

(٤) التصرف (psoriasis)

(٥) القراع أو السعفة

(٦) غزارة العرق

(٧) الدرن الجلدى Lupus Vulgaris

(٨) القراص الاحمرارى

(٩) قوبة الذقن (Sycosis)

(١٠) الاكنة

(١١) الندبة . آثار الالتحام (Cicatrix & Cheloids)

(١٢) الثآلولة

(١٣) زوائد الشعر (Hypertrichosis)

(١٤) القروح البسيطة والمزمنة

(١٥) التهاب الاجربة (Folliculitis Barbae)

(١٦) القرحة الاكالة

(١٧) أورام الجلد الخبيثة .

﴿ ضخامة الغدد الليمفاوية ﴾

يعالج تضخم الغدد بالاشعة بنجاح كبير فى معظم الاحيان سواء أكان التضخم ناشئاً من الالتهاب البسيط (قبل حدوث التقيح) أم الدرن أم الورم اللمفاوى الغددى (لمفو أدنيوما) أو اللمفو ساركوما

﴿ الاورام الخبيثة على وجه عام ﴾

الساركوما . السرطان . الابثليوما . الاندوثليوما . اللمفو أدينوما . القرح الاكالة وغيرها فى اجزاء الجسم المختلفة كالعظام والثدى والبروستاتا والمستقيم والرحم والرئة والحجاب المنصف وغيرها

وأن علاج هذه الامراض بالاشعة قد لا يكون منتجا فى كثير من الاحيان لا سيما فى الاحوال المتقدمة المزمنة ولكن قد شوهدت نتائج كثيرة طيبة بالعلاج بالاشعة العميقة بالطرق الفنية الحديثة . لهذا فانه من العدل قبل تعريض المريض لعملية جراحية خطرة أو قبل التفكير فى بتر زراعه أوساقه ، أن يعطى فرصة العلاج العميق بالاشعة . فاذا لم تتحسن حالته تعمل له العمليات اللازمة ان أمكن ذلك . واذا كانت حالة الورم تسمح بأزالته فانه يحسن أن يعرض المريض للاشعة بعد العملية . وتصوب الاشعة نحو مكان الورم ونحو مصارفه اللمفاوية حتى تقتل الخلايا المبعثرة من الورم التى قد تكون نوايا لاورام أخرى

﴿ أمراض الدم ﴾

فقر الدم الخبيث . اللوكيميا اللمفاوية اللوكيميا النخاعية الطحالية تضخم الطحال

فى معظم هذه الحالات ماعدا الاخيرة منها قد يكون التحسن بالعلاج بالاشعة ظاهريا اكثر منه حقيقياً ويؤدى الامر فى النهاية غالباً الى هلاك المريض رغم المجهودات الطبية المختلفة . ولو انه شوهدت حالات كثيرة استمر تحسين المريض فيها مدة بضعة أعوام

﴿ أمراض أخرى ﴾

(١) غواتر الجحوظ . قد دلت التجارب فى علاج هذا المرض لاباشعة على نجاح كبير فى كثير من الاحيان فتقل سرعة النبض و يقل الجحوظ وتتحسن حالة المريض العمومية

(٢) تضخم البروستاتا . نترك النوع الخبيث جانباً لانه يدخل تحت علاج الاورام الخبيثة عموما . أما الضخامة البسيطة فهى تنشأ غالباً من زيادة العناصر الغدديه وهذه تتأثر بالاشعة كما سيأتى بعد . . ومن المسلم به أن العمليات الجراحية لاستئصال البروستاتا تصادف غالبا نجاحا كبيرا ، ولذلك لا ينتظر أن تصبح طريقة العلاج بالاشعة هى المتبعـة routine ولـكن فى الاحوال التى لا تسمح الظروف أو حالة المريض باجراء عملية جراحيـة فان الاشعة تصبح خير وسيلة لعلاج هؤلاء المرضى

(٣) الجراحة التكوينية .Plastic Surgery

أن أهمية الاشعة فى تخفيف وطأة مظاهر آثار التحام الجروح العفنة وما تحدث من التشويه الخلقى لا سيما فى الوجه قد أثارت اهتمام كبار الجراحين فى انحاء العالم نذكر منهم الاستاذ برسيفال كول بروفسر الجراحة بكلية الجراحين الملوكية بانجلترا ، ومن يقرأ كتاباته الممتعة فى هذا الموضوع يشعر بشيء من اللذة حينما يرى كيف أن الاطباء يتكاتفون لدرأ ما يهدد بنى الانسان من الآفات والعاهات ولقد عملت هذه التجارب اثناء الحرب العظمى وبعدها والآثار الالتحامية بما فيها من منسوجات ليفية كثيفة تعرض لفعل الاشعة قبل البدء فى عمليات الجراحة التكوينية حتى تنعم ويسهل بذلك اجراء العمليات

(٤) النزيف الرحمى عند انقطاع الطمث سواء أكان مصحوبا أم غير مصحوب بورم رحمى ليفى

(٥) الاورام الليفية فى الرحم لا سيما النوع الخلالى منها أما ذوات العنقود

وما تحت البريتون فانه يسهل استئصالها بالجراحة

(٦) علاج اللوزتين والالتهابات المزمنة فى الانف والزور بالاشعة كتب الاستاذ «وذربى» من نيويورك كثيراً عن العلاج بالاشعة للالتهابات المزمنه والتضخم اللوز والادينويدز والمركبات اللمفاوية الاخرى فى قنوات الانف والحلق والبلعوم وذكر النتائج الباهرة التى حصل عليها Jaouranl of Experimental Medicine 1911. والتى أيدها غيره من الباحثين مما لا يترك مجالا للشك فى أهمية الاشعة فى علاج هذه الحالات وافضليتها فى كثير من الاحيان عن الجراحة وهاهى حجته فى ذلك:

أولا : أن الاشعة بمالها من قوة التـأثير على الانسجة اللمفاوية والجنينية (Embryonic) تحدث انكماشا فى اللوزتين وفى الانسجة اللمفاوية المنتشرة على جميع جوانب قناة الانف والبلعوم (naso-pharynx) التى لا يمكن استئصالها جميعا بأى طريقة جراحية . أما بالعلاج بالاشعة فتضمر المركبات (structures) اللمفاوية ويقل التواء القنوات (crypts) ويحصل تصريف كبير لمنتجات الاحتقان والالتهاب المزمن . وتخلص من الميكروبات الموجودة

ثانيا : لايحصل مضاعفات بالعلاج بالاشعة كما يحصل بعد العمليات الجراحية أحيانا لازالة اللوز والادينويدز. اذ ربما ينفصل مسمار دموى عفن (septic embolus) ويحدث ما نعرفه من المضاعفات

ثالثا : الشفاء بعد العلاج التام بالاشعة فى هذه الحالات له نتائج دائمة (perm anent cure)

وهذه الطريقة العـلاجية تستعمل على الاخص فى أحوال التهابات الزور المزمنة التى تصحب الروماتزم والرقص الزنجى (كوريا) وفى المغنيين المبحوحى الاصوات . وهى كذلك أكثر استعمالا فى الاحوال التى يحذر فيها اجراء العمليات الجراحية على وجه عام كالديابيط والالتهاب المزمن للغشاء الداخلى للقلب والهيموفيليا وغير ذلك

(٧) الوقاية من الدفتيريا

يعالج الزور فى هـذه الحالات حسب النظريات التى سبق ذكرها فى البند السـابق . و يذكر الدكتور (هكى) أن ثمانين فى المئة من الحالات التى عالجها (dyphtheria carriers) بالتعريض للاشعة أمكنه فيها أن يخلص الزور من ميكروب الدفتيريا بعد مدة تتراوح بين يومين وأربعة أيام بعد بدء العلاج ، وأيده فى ذلك الطبيبان وذربى وريمر وغيرهما

﴿ تأثير الأشعة على الانسجة المختلفة وكيف تشفى الامراض ﴾

يمكن أن يقـال على وجه عام أن الاشعة تحدث (حسب نوعها ومقدارها) نوعين من التأثير على عموم الأنسجة الحية التى تعرض لفعلها

الاول تأثير منبه : — « Stimulant »

فى هذه الحالة يحدث احتقان فى الانسجة (التى تعرضت لفعل الاشعة) أو مظاهر التهاب حاد بها تمر بسلام مع مضى الوقت تاركة تحولا ليفيا فيها

الثانى تأثير كاو : —

فى هذه الحالة تحدث مظاهر التهاب حاد ربما تزداد وطأته الى درجة اهلاك (necrosis & Slough) أو موت الانسجة التى تعرضت للفعل الكاوى للاشعة . وان مبلغ تأثير الاشعة على الانسجة المتنوعة يختلف تبعا لعوامل كثيرة نخص منها بالذكر نوع الاشعة المستعملة ومقدارها : —

مما يفيد فى علاج الالتهابات السطحية والعميقة) وبمضى الوقت ينقضى الاحتقان وترجع الانسجة الى حالتها الطبيعيه مع حدوث منسوجات ليفية فيها

(ب) واذازيدمقدارالأشعة وكانت أكثر صلابة فأنهاتنفذفى الجسم الى مسافات مختلفةالعمق . والانسجة المعرضة لفعلها سواءأ كانت سطحية أم عميقة يحدث فيها مظاهر التهاب حاد مصحوبا بزيادة الكريات البيضاء(leucocytosis) . وتشترك الانسجة العميقة فى رد الفعل الالتهابى بنسبة عكسية لعمقها عن السطح المعرض للاشعة

واذا كان التعريض للاشعة بمقاس مضبوط فان الحالة الالتهابية تهبط ويبتدئ تكوين الانسجة الليفية ، ويشاهد أن الانسجة الموصلة الخلالية الحديثة التكوين بما فيها من الاوعية الدموية الشعرية قد تحيط بوحدات أو جماعات من الخلايا ، ومن ثم تحدث تغيرات مختلفة درجتها حسب مقدار تحديد المورد الدموى للخلايا المحصورة بالانسجة الخلالية . فاذا حدث انسداد سريع لوعاء دموى يحدث نكروز سريع موضعى فى الانسجة . واذا كان الانسداد تدريجياً تحدث تغيرات فسادية ضمورية (degeneration or atrophy)

وهذه التغيرات المختلفة تفيد كثيراً فى علاج الاورام (growths) والتهابات وتضخم الغدد سواء أكان ناشئاً من التهاب درنى أم بسيط أم لمفاوى . وتكون النتيجة واحدة فى الجميع (على وجه عام) اذ ينصرف الورم أو الالتهاب تاركا مكانه منسوجات ليفية

(ج) واذا كان مقدار الاشعة كبيراً فان الالتهاب الحاد يؤدى الى النكروز فتموت الانسجة المعرضة لفعل الاشعة الزائدة . وقد يقصد احداث العمل الكاوى للاشعة فى بعض الاحوال العلاجية فى الاورام

هذا . ولقد بحث (بيرجونى وتريبوندو بفرنسا) تأثيرات الاشعة على الخلايا الحيوية فى أدوار حياتها المختلفة ، واصدرا قانونهما المعروف : —

« الخلايا غير الناضجة والخلايا التى فى حالة تقسيم نشيط (in an active state of division) أكثر تأثراً بالاشعة من الخلايا التى بلغت الى صفاتها التكوينية النهائية أو صفاتها الفسيولوجية) وهذا القانون يفسر التأثير الكبير الذى للاشعة على وظيفة الخصيتين فى الرجل والمبيضين فى المرأة . وكذلك على تركيب المنسوج الغددى فى الجلد وعلى الطبقة المنبتة (germinating) فى البشرة الجلدية وغير ذلك

ولما كانت خلايا الاورام تقارب فى تركيبها وفى مقاومتهـا خلايا الانسجة الطبيعية التى فى حالة تقسيم نشط (actively growing cells) يظهر من ذلك أن خلايا السرطان وغيره من الاورام تتأثر بسرعة بالاشعة ويقضى عليها سريعاً

لا سيما اذا كانت فى دور حياتها الاول . وكلما تقدم المرض كلما صعب التغلب عليه

﴿ الالتهابات والاورام ﴾

يتوقف انصراف الاحوال الالتهابية والاورام بتعريضها للاشعة على عدة مظاهر أشرنا الى بعضها فيما سبق ، ونذكر منها الآن : —

أولا ان الاشعة لها قدرة اهلاك خلايا الانسجة الالتهابية وخلايا الاورام (growths) (ولو أننا ما زلنا لا نعرف تماماً كيف تهلكها ولكن هذا ما يظهر لنا بالعين ونرى مظاهره بالفحص الميكروسكوبى)

ثانياً ظهور الفاجوسيت (phagocytes) مع المظاهر الالتهابية التى تحدث بتعريض الانسجة للاشعة . وهذه الفاجوسيت تمتص الانسجة التالفة (degen- erated) ويحل محلها أنسجة خلالية منتظمة التكيف أو منسوجات ليفية

تأثير الاشعة على الدم

(١) وجد أن التعريض الطويل للاشعة يضعف الدم ويقلل عدد الكريات الحمراء كما يحدث لبعض المشتغلين بالفن اذا لم تؤخذ احتياطات الوقاية اللازمة

(٢) شوهد أن تعريض أطراف العظام الطويلة للاشعة يزيد عدد الكرات الدموية الحمراء ويزيد نسبة الهموجلوبين وتتحسن حالة الدم العمومية

لهذا السبب فانه قبل البدء فى العلاج العميق بالاشعة تعرض أطراف العظام لفعل الاشعة فى بعض المرضى الذين سببت أمراضهم فقر دم فيهم

(٣) لوحظ أن الاشعة لها قدرة اهلاك الخلايا الغير الطبيعية فى الدم . ففى أحوال اللوكيميا يشاهد أحياناً أن الميلوسيت يتلف عددا كبيرا منها وكذلك اللمفوسيت والجالو بلاست بينما تزداد الكريات الحمراء

، يعالج هؤلاء المرضى بتعريض أطراف العظام الطويلة للاشعة وكذلك تعريض الطحال لفعلها

هذا ولا يفوتنا أن نذكر أن لاشعة الراديوم كثيراً من الخواص العلاجية التى لأشعة رونتجن . ولكن استعمال الراديوم محدود جداً بالنسبة لأشعة X وموضوع الراديوم موضوع طويل يحتاج الى شرح على حدة

الفيـتامين

محاضرة القاها فى الجلسة العلمية الثامنة والعشرين للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الدكتور شعيا هريدى

طبيب مصلحة الكورنتينات وطبيب مستوصف الاطفال

لجمعية العروة الوثقى بكرموس

حينما بدأ علماء الفسيولوجيا ابحاثهم على التغذية كانوا يظنون أنه يكفى أن يعطى الغذاء للجسم مقداراً معلوماً من وحدات الحرارة (Calories) لكى يكون وافياً بالمرام . فاذا أعطى كمية كافيـة من المواد الدهنية والنشوية للحصول على هذا المقدار من الحرارة فانه يكفى لحفظ التوازن الحيوى أن يحتوى الغذاء على ست أو سبع جرامات من الآزوت

هذا كان اعتقادهم وقتئذ وهو خطأ ناتج من أنه كان يظن أن المواد الزلالية كلها من فصيلة كيمائية واحدة يصح أن يحل احدها محل الآخر

ولكن الحقيقة غير ذلك اذ أن الاحماض الامينيه (Acides aminés) التى تدخل فى تكوين المواد البروتينية تختلف اهميتها ومفعولها من نوع لآخر فمن هذه الاحماض ما يمكن للجسم تكوينه من مواد تقرب منها وهناك أخرى لا يمكنه الحصول عليها بهذه الطريقة . لذا يجب أن يحتوى الغذاء على هذه الاحماض الامينية بدرجة معلومة

وقد برهن Hopkins et Mlle Willcoks على صحة ماتقدم بالتجربة الآتية :
فقد أعطيا لفيران غذاء صناعياً كانت مادته البروتينية مكونة من ال zeine
أى زلال الاذرة فكانت هذه الحيوانات تموت فى اليوم السادس عشر
وسبب ذلك أن ال zeine لاتحتوى على (1) Glycocolle (2) Tyrosene
(3)Tryptophane فاما الاولان فلاعظيم أهمية لهما اذ أن الجسم يمكنه أن يستعيض
عنهما بغيرهما وأما ال Tryptophane فمع أن قيمته الغذائية غير هامة الا أن وجوده
فى المواد الغذائية حيوى اذ يظهر أنه ضرورى لكى تؤدى بعض الاعضاء وظائفها
وقد ثبت أن الجسم يحرق كثيراً من المواد الزلاليـة المحتوية على أحماض
أمينية لكى يستخلص منها مادة حيوية لا غنى له عنها فهل لنا أن نستنتج من ذلك
أن هذه الاحماض الامينية المعروفة لدينا كافية لجعل نظام التغذية وافيا لا نقص
فيه ؟

ان الجواب على ذلك سلبى اذ اثبتت الابحـاث الاخيرة أن المواد الغذائية
تحتوى على جوهر غير معروف بالضبط تركيبه الـكيماوى قيمته الغذائية قليلة أو
معدومة ولـكن مفعوله الحيوى من الاهمية بمكان هذا الجوهر هو ما سماه Funk
(ڤيتامين) وسماه مؤقتاً بعض علماء أميركا (المادة المساعدة على النمو وحفظ التوازن)
ولفظ ڤيتامين غير منطبق تماما على مسماه اذ يظن منه أن هذه المادة داخلة
ضمن الاحماض الامينية وهذا ما لم يقم عليه الدليل ولـكن جرى العرف باستعمال
هذا اللفظ فلنستعمله الى أن نجد ما ينطبق أحسن منه على الحقيقة
لذا تطلق الآن كلمة Aviatminose على الامراض التى تنتـج عن نقص
الڤيتامين فى الغذاء وهى :عدم انتظام النمو عند الاطفال والبرى برى والاسقربوط
والـكساح والبلجرا وال Xérophtalmie وال Tetanie
وهذان المرضان الاخيران ليسا ناتجين مباشرة من نقص الڤيتامين ولـكن
هذا النقص يساعد على ظهورهما فالأول يصيب الانسان أو الحيوان بسبب سوء
حالته العمومية والثانى يغلب أنه ناشىء عن تلف الغدد (Parathyroides) وعدم

امتصاص الجسم للاملاح الجيرية

تأثير الفيتامين على النمو .

كان العلماء الامريكيون أول من فكر فى هذه المسألة ويرجع اليهم الفضل فى حلها بما جمعوا من الملاحظات الاكلينيكية وبما أجروه على الحيوانات من التجارب اذ أن هـذه الاخيرة كما تعلمون عرضة للاصابة بهذه الامراض كالانسان حينما تخلو الأغذية من المقـدار الكافى من الفيتامين . هذه الامراض التى أسماها Deficiency diseases (Funk) والتى يسـميها (weilletMouriquand) Les maladies par carence

وها كم التجربة التى أجراها Hopkins ليثبت علميا صحة ما تقدم :

جاء هذا العالم بكمية من الفيران متساوية الاعمار وقسمها الى قسمين وأعطى لها غذاء نقيا يحتوى على Caséine بمقدار ٢٢ ٪ ونشاء ٤٢ ٪ وسكر ٢١ ٪ ودهن خنزير ١٢٫٤ ٪ وأملاح معدنية ٢٫٦ ٪ غير أنه أضاف ٣ سنتيمترمكعب من اللبن على غذاء القسم الاول وحده فلاحظ أن فيران هذا القسم أخذت تنمو بسرعة وزاد وزنها الى أن تضاعف بعد مضى ثمانية عشر يوما بينما كانت فيران القسم الثـانى آخذة فى الضعف والهزال حتى أصبحت على وشك الهلاك حينئذ منع Hopkins ما كان يعطيه من اللبن لفيران القسم الاول وأعطى المقدار نفسه للقسم الثانى فتغيرت الحالة اذ أخذت الفيران الضعيفة فى النمو بينما كانت تسوء حالة الفيران القوية وبعد مضى ٥٠ يوما من ابتداء التجربة كان وزن فيران القسم الثـانى يزيد عن وزن فيران القسم الاول التى كانت تزن الضعف فى وقت من الاوقات

وليست هذه النتيجة راجعة الى القيمة الغذائية لهذا المقدار القليل من اللبن طبعا (اذ يمكننا أن ننقص مقـدار الغذاء الآنف ذكره الى النصف بدون أن نؤثر كثيراً على نمو هذه الحيوانات) ولـكنها راجعة الى مادة حيوية فعالة توجد فى اللبن — هذه المادة هى الفيتامين

تقسيم الڤيتامين

ان الفيتامين مواد مركبة قسمها Mc Collum & Davis وقتيا الى قسمين

(١) ڤيتامين A وهى قابلة للذوبان فى الدهن والمواد الدهنية

(٢) ڤيتامين B وهى قابلة للذوبان فى الماء والكحول ولا تذوب فى الدهن والمواد الدهنية وتتحمل الغليان لدرجة محدودة

فالاولى توجد بكثرة فى صفار البيض وفى اللبن والزبد وزيت كبد الحوت ودهن البقر وقلب وكلى وكبد الخنزير وفى ورق القرنبيد والاسفيناخ ولكنها لا توجد فى دهن الخنزير ولا فى الزيوت النباتية (كزيت الزيتون واللوز والقطن الخ)

والثانية التى ينشأ عن فقدها مرض البربرى فتوجد فى قشور الحبوب وجنين القمح وخميرة البيرة وصفار البيض واللبن بل وفى سكر اللبن رغما عن تبلوره لانه يحتوى على مقدار قليل من الازوت (تقريبا ٠٫٠٢٤ ٪)

وقد برهن Osborne & Handel على المفعول الحيوى للفيتامين A بالتجربة الآتية :

اذ أعطيا لفيران غذاء مختلطا يحتوى على ١٢ ٪ من دهن الخنزير و ١٨ ٪ من الزبد فكان نمو هذه الحيوانات طبيعيا مرضيا ولكن حينما أبدلا الزبد بدهن الخنزير أو بزيت نباتى أخذت الفيران فى الضعف الى أن ماتت

وبفحص المواد الدهنية وجد أن الزبد أكثرها احتواء على الفيتامين A حتى بعد ذوبانه

وكل من نوعى الفيتامين لازم لجعل النمو طبيعيا وكافيا فاذا نقص أحدهما اضطرب النمو أما اذا نفدا معا فالنمو محال والموت محتم بعد حين

وينجم عن نقص الفيتامين A بعض أمراض نخص منها الـXérophtalmie Kératom alacie الذى من أعراضه سقوط الرمش وورم الجفون وعتامة القرنية ثم تقرحها وأخيراً فقد البصر

وهـذا المرض يرى بكثرة فى بعض مقاطعات اليابان الزراعية حيث الغذاء هناك نباتى فقط و يرى أيضا عند الحيوانات

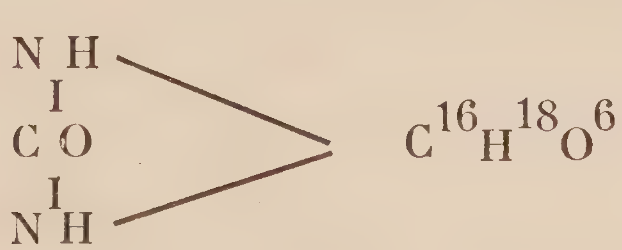
و يغلب على الظن أن هذا المرض يسببه ميكروب ولكنه لا يصيب الا الكائنات التى تخلو أجسامها من الفيتامين A . و يشفى هذا الداء باضافة مقدار من الزبد الى الغذاء أسرع من شفائه بواسطة المواد الكيماوية المطهرة Antiseptique

و يزيد Mc Carrison الى هذين النوعين من الفيتامين نوعا ثالثا « ڤيتامين » وجده بكثرة فى اللبن و بعض أوراق النباتات كالكرنب و بعض الفواكه خصوصا الحامضة منها كالبرتقال والليمون . وهذا النوع من الفيتامين لا يتحمل الحرارة اذ تفقد مزاياه بالغليان بل وبالتعقيم بالطريقة المعروفة بل Pasteurisation وكذا بالتخفيف و باضافة القلويات اليه

وتأثير هذا النوع عظيم جداً على مرض الاسقربيوط

و يظهر أن الفيتامين الموجودة فى الاغذية المختلفة ليست كلها من فصيلة واحدة اذ أن درجة حرارة ذوبانها يختلف من نوع لآخر وهذه الدرجة هى ١١٠ سنتيجراد لفيتامين الارز وخميرة البيرة و ١١١و٦ لفيتامين اللبن و٩٦ لفيتامين المخ وعصير الليمون

وقد بحث Funk كثيراً للحصول على التركيب الكيماوى للفيتامين B فتوصل الى هذه القاعدة :



وهـذه القاعدة تقرب كثيراً من التى تدخل فى تركيب حمض النكلينيك Ac. Nucleinique وهذا ربما كان مما يساعد على فهم تأثير الفيتامين على النواة لكى تؤدى وظيفتها كما يجب والنواة كما نعلم جميعاً أهم جزء فى الخلايا

ولاقامة الدليل على مفعول الفيتامين على الحياة أخذ بعض المجربين فى تغذية

بعض الحيوانات أو الطيور (كخنزير الهند أو الحمام) بأرز مقشور مجفف فى ال Autoclave فبعد مدة اصيبت هذه الحيوانات بأعراض معدية معوية ناجمة جزئياً عن عدم هضم وامتصاص المواد النشوية هضما كافياً لذا تنمو فى هذا الوسط بكتريا الامعاء وتسبب تخمراً حمضياً تزداد به درجة حموضة الدم ويضطرب التنفس فيكون بطيئاً وعميقاً وتنتهى الحال بهلاك هذه الحيوانات

وبتشريحها نجد ضموراً فى نسيج الامعاء وكذا احتقاناً ونزيفاً بها وليس بالنادر أن نرى أيضاً بعض تقرحات معوية ويظن المجربون أن هذه الاعراض ناتجة عن نقص الفيتامين وخصوصاً .V. c و يقارن Mc Carrison هذه الاعراض بما يصيب الآدميين حينما ينقص غذاؤهم الفيتامين كما يرى ذلك عند أولاد الاوروبيين المقيمين بالهند مثلا حيث الغذاء مكون بالاخص من اللبن المعقم وأنواع الدقيق والارز المجفف والخضراوات المحفوظة فى العلب والسكر وغير ذلك

فاذا قلت كمية الموادالنشوية والسكر من غذاء هؤلاء وأضيف اليه الفيتامين زالت عنهم هذه الاعراض المرضية

وقد أصيب فى سنى الحرب كثير من سكان بلاد مختلفه باعراض معوية تشبه ما سبق ذكره وخصوصا باوزيما أطلق عليها (أوزيما الحرب) كانت ناتجة عن نقص الفيتامين من المواد الغذائية وخصوصاً من نقص الزبد

واننا نجد كثيراً من هذه الاعراض المعوية بدرجات متفاوتة فى مرض البرى برى والاسقربيوط والكساح والبلجرا وهى كما سبق القول ناتجة عن فقد أو نقص الفيتامين من الغذاء

البرى برى : البرى برى مرض منتشر فى البلاد التى يكثر فيها الغذاء بالارز نخص بالذكر منها الصين واليابان وجزر الفيلبين وينقسم هذا المرض اكلينيكيا الى نوعين نوع تكون أعظم أعراضه وضوحاً أعراض قلبية اذ يصاب هذا العضو بالضعف Asystolie وينجم عنه اوزيما عامة Anasa rque

ونوع عصبي وهو الاكثر انتشاراً حيث يصاب المريض بشلل فى الاطراف

السفلى وأحياناً فى الاطراف العليا

وقد كان يظن فى وقت من الاوقات أن المرض عفنى Infectieux ثم تغيرت الآراء فى ذلك وقيل أنه تسممى Toxique و بنيت هذه النظرية على أن الارز يحتوى على مادة سامة يوجد المضاد لها فى قشر الأرز نفسه . ونحن نعلم جميعاً أن المصابين بهذا المرض يأكلون الأرز مقشوراً

ولكن المسألة حلت نهائيا وبطريقة علمية بفضل ما بذل من التجارب اذ أمكنهم أن يصيبوا الدجاج بهذا المرض وذلك بتغذيتها بالأرز المقشور أو غيره من الحبوب بعد نزع قشورها فكانت هذه الحيوانات تصاب بأعراض تشبه أعراض البرى برى الآدمى وتنتهى بالوفاة

وهاهى احدى التجارب التى تقيم الدليل القطعى على صحة هذه النظرية :

يؤتى بثلاثة أقسام من الدجاج يغذى القسم الاول منها بالارز الاحمر أى الغير مقشور والقسم الثانى يعطى له أرزاً أبيض أى مقشوراً وأما الثالث فيكون غذاؤه أرزاً أحمر كالاول ولكن بعد تعقيمه فى ال Autoclave

فبعد مدة نرى أن دجاج القسم الاول وحده هو الذى يبقى على قيد الحياة وأما دجاج القسمين الآخرين فيبدأ ما بين اليوم العاشر والخامس عشر بفقد الشهية ويكون برازه سائلا أخضر اللون وترتخى أرجله وتضطرب حركاته بسبب الشلل الجزئى الذى يصيب أطرافه السفلى وبعد مدة يصبح شلل هذه الاطراف كاملا وأحيانا يصيب أجنحته وأخيرا تموت هذه الطيور فى حالة غيبوبة Cama وذلك مابين اليوم السابع عشر والثانى والعشرين من ابتداء التجربة

و بتشريح هذه الطيور نجد بها أعراضاً كأعراض الادميين المصابين بالبرى برى أى التهاب الاعصاب المشلولة واحتقان ونزيف وضمور بالامعاء وتقرحات بالغدة التيموسية Thymus والغدة الدرقية والطحال حيث يكون نقص حجمها نقصاً كبيراً ويكون النزيف عظيما فى الكبد والبنكرياس والكلى وتكون الخصى والمبايض تالفة لدرجة لا يمكنها معها القيام بوظائفها الحيوية

بعكس الغدد التى فوق الكلى surrinales فان حجمها يكون أعظم بكثير من المعتاد لذا يكثر افرازها فيزداد بسبب ذلك الضغط الدموى فى الاوعية فينشأ عنه الاوزيما التى ترى فى هذا المرض وغيره من الامراض المشابهة له

وبمناسبة ذكر هذا العرض نقول أن الجوع الطويل المدى يسبب أيضاً كثرة افراز الادرينالين فيزداد مقداره فى الدم و ينجم عنه الاوزيما التى اصابت كثيراً من سكان أوروبا الوسطى زمن الحرب بسبب قلة وسوء التغذية فى تلك البلاد وقد سميت وقتئذ (باوزيما الحرب)

نرى من التجربة السالفة الذكر أن نقص قشر الارز من الغذاء أو اعدام المادة الفعالة فيه بواسطة التعقيم بالحرارة يسبب مرض ثم موت الدجاج اما اذا أعطينا لهذه الطيور فى الوقت المناسب أى قبل أن تقرب من الهلاك قشر الارز أو عملت لها حقن بالخلاصة المائية لهذه القشور فانها تسترد صحتها وتعيش وهذا ما يثبت علميا وجود الفيتامين فى قشور الحبوب وضرورتها لحفظ الحياة

ولكن يجب أن يكون هناك تناسب بين ما يدخل الجسم من الفيتامين و بين ما يعطى من المواد النشوية اذ أثبت Funk بتجربة فى غاية الاهمية خطر اعطاء المقادير الكبيرة من المواد النشوية وتأثيرها السئ على الحياة اذا لم يعط معها مقدار مناسب من الفيتامين

أتى Funk بثلاث حمامات أعطى للاولى يوميا ٥ جرامات من الارز المقشور وللثانية ١٠ جرامات وللثالثه ٢٠ جراما من نفس الغذاء

فكانت النتيجة أن الحمامة الاولى ماتت بعد ٣٢ يوما والثانية بعد ٣٦ يوما وأما الثالثة التى كانت تأكل اربع اضعاف الاولى فانها كانت قد ماتت بعد ٢٢ يوما من ابتداء التجربة ذلك مما يثبت باسطع دليل بان الاولى ماتت بالاخص من الجوع لقلة ما كانت تأخذه من الارز واما الاخيرة فماتت من كثرة ما كانت تأكل من المواد النشوية التى سببت زيادة الحموضة فى الدم

ويكفى لمنع هذه الحيوانات من الهلاك أن يضاف الى أكلها قليل من

قشر الارز أو الشعير أو قليل من اللبن كما اثبت ذلك Gibson اذ باضافته خمس سنتيمترات مكعبة من لبن البقر الى الارز المقشور سبب شفاء الدجاج من البرى برى

ويمكن أيضاً أصابة الطيور بالبرى برى اذا اعطيناها بدل الارز المقشور حبوبا أخرى جففت طويلا بواسطة الحرارة ولهذه التجربة أهمية عملية كبرى اذ أثبتت أن المرض لا ينشأ عن فقد الاملاح المعدنية كما كان يظن فى وقت من الاوقات اذ أن الحرارة لا تتلف هذه الاملاح

الاسقربيوط — كلنا نعلم أن الاسقربيوط الادمى (التى أهم اعراضه نزيف باللثة وانيميا وتلف الاسنان ونخر العظام الطويلة وخصوصاً عظام الساق) ناشىء عن طول استعمال اللحوم المعقمة المحفوظة أو اللحوم المالحة مع عدم أكل الخضراوات الطازجة

وهذا مالوحظ من زمن مديد حينما كانت الملاحة على المراكب الشراعية تدوم أشهرا طوالا وهذا ما حصل أخيراً فى أمريكا سنة ١٩١٦ حيث كانت زراعة البطاطس غير كافية فاستعيض عن هذا النبات بالخضراوات المحفوظة فى العلب فكانت النتيجة ظهور الاسقربيوط فى ربيع سنة ١٩١٧ حيث انتشر بشكل مروع لدرجة أن بعض وحدات الجيش اصيب أفرادها بنسبة ٩٥ ٪

وفعلا اذا أعطيت لبعض الحيوانات خضراوات محفوظة فقط ظهرت عليها بعد مدة اعراض الاسقربيوط ويكفى لشفائها منه أضافة بعض النباتات الطازجة الى غذائها

وكلنا نعلم أن الافراط فى تعاطى اللبن المعقم وأنواع الدقيق المحفوظ بالعلب يسبب اسقربوط الاطفال أو مرض Barlow خصوصاً اذا كان انقضى على تحضير هذه المأكولات بضعة أشهر وهذا ما يحصل عادة

وتأثير الخضراوات الطازجة على الاسقربيوط معروف من زمن مديد ويخص بالذكر منها البطاطس والفواكه (وخصوصاً الغير ناضجة) والموز والكرنب والطماطم والبصل الذى يكثر فيه فيتامين C الخ

ويعرف الخاص والعام مزايا عصير الليمون والبرتقال فى هذا المرض وأشار بعض العلماء أخيراً باستعمال هذا العصير حقنا فى الوريد بعد غليانه (اذ أن الفيتامين يتحمل الغليان فى الوسط الحامض) ويضاف اليه بعد ذلك مادة قلويه قبل حقنه

وهذا لا يعمل طبعاً الا فى الحالات الشديدة الخطورة

الكساح — الكساح مرض يصيب العظام وينشأ الكساح عن قلة الفيتامين فى المواد الغذائية ويصحبه كثير من الاعراض المعدية التى سبق الكلام عنها

ويرى هذا المرض عند الاطفال الذين يتعاطون اللبن المعقم مصحوبا كان أو غير مصحوب بنوع من أنواع الدقيق المحفوظة فى العلب

ولكن المرض ليس خاصا بهؤلاء الصغار بل يصيب البالغين أحيانا كما حصل ذلك وقت الحرب فى بلاد النمسا وخصوصاً فى مدينة فينا

ويتحسن الكساح ويشفى بتعاطى زيت كبد الحوت وأغذية اخرى تحتوى على الفيتامين بكثرة نخص بالذكر منها الزبد

البلاجرا — للآن لم يقم دليل قطعى على تأثير الفيتامين فى هذا المرض والرأى المتفق عليه هو أن البلاجرا ناشئة عن التغذية بالاذرة التالفة ببعض الطفيليات النباتية champignons او البكتريا

وهناك رأى آخر يقول بان المرض ناشىء من تأثير أشعة الشمس على الاشخاص الذين ينقص غذاؤهم كثيراً من المواد لكى يكون كاملا

وليس هذا الرأى بالجديد اذ لاحظ بوشار (Bouchard) ان سكان مقاطعة Candes بفرنسا لا يصابون بالبلجرا رغماً عن أن غذاءهم مكون بالاخص من الاذرة لانهم يضيفون اللبن الى غذائهم

وأن الملاحظات الدقيقة التى قام بها بعض علماء امريكا فى بعض قرى الكارولين الجنوبية حيث البلاجرا منتشرة انتشاراً عظيما اثبتت أن الاشخاص الذين يدخل فى غذائهم اللبن أو الجبن أو البيض لا يصابون بهذا الداء

وعلى كل حال فمن المحقق ان المصابين بالبلاجرا ينقص غذاؤهم كثيراً من المواد البروتينيه ومن الاملاح المعدنية

وقد قام goldberger بتجارب اثبتت أن غذاء مكونا من الحبوب المقشورة ومن الارز والنشا ودهن الخنزير والبطاطس يسبب البلاجرا وبرهن Yearsn و Simmond و Me collum على أن هذا الغذاء ينقصه ثلاث مواد هامة لكى يكون كاملا وصالحا : الاملاح المعدنية (جير وصوديوم وكلورور ومواد بروتينية وفيتامين كالموجودة فى الزبد والبيض

وقد أعطى chittenden و Underhill للكلاب غذاء مكونا من البسلة والبسكويت الجاف وزيت القطن فاصيب الحيوان باعراض البلاجرا فاذا فحصنا هذا الغذاء وجدنا أنه ينقصه فعلا الثلاث مواد الهامة الآنفة الذكر

من هذه التجارب يمكن اذا أن نؤكد أن البلاجرا ناشئة عن سوء التغذية بسبب نقص الاملاح المعدنية والمواد البروتينية والفيتامين A وبذا يصبح الرجل على استعداد للتأثر باشعة الشمس ويصاب أخيراً بهذا المرض

مما تقدم نعلم الآن أهمية الفيتامين الفسيولوجيه والباثولوجيه وتأثيرها على التغذية وبل على عملية الهضم . فهى التى تساعد على نمو الاطفال نمواً طبيعياً وهى ضرورية لكى تؤدى بعض الاعضاء وظائفها على ما يرام وهى حيوية لحفظ وتجديد النواة وهى كما نعلم أهم جزء فى الخلايا

ومن يعلم ما سيصل اليه العلماء بفضل جهادهم وتجاربهم العديدة وخصوصا على الكائنات السفلى وهذا Bendict و Suguva أثبتا أن أشعة الراديوم تتلف فيتامين ال Champignons فهل لا تفسر لنا هذه التجربة تأثير هذه الاشعة على حياة بعض الخلايا عند الانسان وخصوصاً الخلايا السرطانية ؟ هذا ما نتركه للغد لنفيه أو اثباته

وعلى كل حال فان ما توصل اليه العلماء الى الآن فى هذا الموضوع رغما عن أهميته ما هو الا فصل من فصول متعددة لم يسدل الستار عليها بعد

نعم أن تجارب هؤلاء البحاثين فسرت لنا أموراً كثيرة كانت أسبابها غامضة علينا ولكنها وضعت على بساط البحث مسائل أخرى أهم منهـا لاشك أنها ستنجلى حقيقتها قريبا لخير وفائدة الانسانية م؟

علاج غنغرينا الشيخوخة (Senile gangrene)

نقلا عن المجلة الطبية الانجليزية عدد ٢٩ نوفمبر سنة ١٩٢٤

للدكتور حسن كامل بشبرا

فى اجتماع جمعية لندن الطبية المنعقدة فى ٢٤ نوفمبر سنة ١٩٢٤ وبحضور الرئيس الدكتور كاليندر Dr. Eustace M. callender افتتح السير بولبى Sir Anthony Bowlby بحثا فى علاج غنغرينا الشيخوخة فقال أن المرض قد عرف من مدة طويلة وشرحه شرحاً وافياً (برسيفال بوت) Percival Pott ونبه الى نقطه الهامة من عدة وجوه فقال بأنه يبتدئ عادة بشكل بقعة سوداء أو زرقاء صغيرة الحجم على احدى الاصابع الصغيرة للقدم ويعقب ذلك نزع جزء من الجلد وأن المرض يصيب الذكور بنسبة عشرين مرة أزيد مما يصيب الاناث وفى الاغنياء أكثر منه فى الفقراء . وقد لاحظ بوت أن المرض ليس قاصراً على الشيوخ فقط حيث أن المصابين بالنقرس عرضة له أيضاً . ولا نجد ما نضيفه الى وصف (بوت) سوى القليل ولا يمكن سحب كلمة واحدة مما قاله الا انه من الضرورى اضافة نوعين آخرين من أنواع الغنغرينا وهذان النوعان لا يجب خلطهما بالنوع الشيخوخى — فالنوع الاول من الغنغرينا هو المسبب عن ضخامة جدير الشريان ضخامة عامة

وهذا النـوع يصيب الروسيين واليهود Diffuse arterial thickening البولانديين فى الغالب . ويحدث أحياناً فى حديثى السن وان أغلب الذين ماتوا وكانوا فريسة لهذا المرض هم فى ريعان الشباب . وهذا النوع يختلف عن غرغرينا الشيخوخة فى كونه لا يصيب أصابع الاقدام وحدها بل كثيراً ما يصيب اصابع اليد او قمة الانف او صيوان الاذن .

والنوع الثانى هو المرض المسمى (العرج المتردد) او المتقطع Intermi-ttent claudication حيث يشاهد فيه ان المريض مهدد بالاصابة بالغنغرينا ولو انه من النادر حصول الاصابة فعلا وقال المتكلم انه يعرف شخصاً مصاباً بهذا العرج (بفتح العين) من مدة ٢٠ سنة مضت ولم يحدث له للان غنغرينا

ولغنغرينا الشيخوخة ثلاثة انواع كما يأتى

(١) النوع الذى يصيب الطاعنين فى السن الذين لهم دورة دم ضعيفـة ويشكون عادة من برودة الأقدام ويشاهد فجأة بحدوث تورم

(٢) النوع الذى وصفه بوت وهو يبتدئ باصابة أصبعين أو أزيد للقدم ثم يمتد الى الاصابع الاخرى ويصيب الاصابع المماثلة للأولى ويقتصر المرض على الاصابع فقط . . .

(٣) والنوع الثالث يبتدئ بالاصابع وينتشر الى ظهر القدم

وفى كل حالة ظن السير (بولبى) وجود تكلس فى شرايين الساق وأنسداد كما يمكن اظهار ذلك باشعة X والعلاج الذى أختاره هو تبعاً لنوع درجة المرض ففى النوع (١) كان السبب انسداداً فجائياً فى الشرياذ لسبب جلطة دم . وفى هذه الحالة من المستحسن الانتظار . . . وكلما كان الاحساس موجوداً بالقدم كان الامل اقوى فى تكوين دورة (تغذية أخرى collatiral circulation) أما اذا فقدت حاسة الاحساس فيجب الاسراع بالبتر . وفى النوع (٢) كان ينتظر مدة طويلة طالما كانت الغنغرينا جافة ، اما فى النوع (٣) فيجب الاسراع بالبتر . . . وفى أثناء الانتظار كان يعطى الافيون ليساعد على تكوين دورة

(تغذية جديدة collateral circulation) وذلك لان الأفيون يساعد فى
تمدد الأوعية الشعرية وهو يزيل ايضاً الالم . وبخلاف ذلك فلم يكن هناك حاجة
لشيء ما سوى حفظ الجزء دافئاً جافاً ومرتفعاً . . . . اما بخصوص مكان البتر
فهو يبدى ان يكون فوق الركبة حيث ان الوعاء الوحيد وهو الشريان
الفخذى السطحى (Superficial femoral) الذى يغذى الساق قد يكون
مسدوداً كغيره ببعض التغيرات التكلسية calcareous degener ation على
انه كان عالماً بنجاح بعض حالات بالبتر تحت الركبة الا انه يفضل الاول لسببين
اولا لجواز حدوث تكوين خشكريشة فى شرائح البتر (Flaps) . . . . وثانياً
لتعذر او صعوبة ربط الاوعية التى تتمزق عند مسكها بجفت الشريان . .
أو ربطها . . . . وقد وافق المحاضر مستر هاندلى Mr. Sampson Handley
لاعتقاده بأن سبب غرغرينا الشيخوخة وجود تغيرات عضوية Organic
changes فى الشرايين ولكنه قال باضافة سبب آخر وهو التقلص الشريانى
العصبى Vaso constriction . . . . وقد أورى (ليريش) Leriche أنه
بأزالة مقدار سنتيمتر واحد طولى من جدار الشريان الخارجى يمكن احداث
تمدد وعائى Vaso dilaiaion فيما تحت محل العملية وبتأثير ذلك يبقى لمدة
طويلة جداً . . ويقول المحاضر أنه قد اهتدى لمثل هذه النتيجة بحقن الكؤول
فى الجدار الخارجى للشريان بدلا من ازالته بعملية وقال أن الفرصة مكنته
من مشاهدة نتيجة ذلك فى سيدة صرح لها بالدخول فى مستشفى (مدلسكس)
(Middles Hosp.) وكانت مصابة بغنغرينا فى جميع أصابع القدم وجزء من ظهر
القدم اليمنى نفسه وكان النبض فى شريان الفخذ معدوما فى الجهة اليمنى الا أنه كان
موجوداً فى الجهة الأخرى . . . وبقيت الغنغرينا جافة مدة ثلاثة أسابيع وأخيراً
أصبحت رطبة . . فعمد الى اظهار شريان الفخذ فى قناة هنتر Hunters Canal
وحقنه ببضع نقط من الكؤول فى الجدار الخارجى . . . وفى اليوم الثانى

شعرت المريضة براحة عظيمة من جهة الالم ثم زال اللون الازرق من ظهر القدم تدريجياً وأرتفعت حرارة الجهة بمقدار درجتين من مقياس سنتيجراد وأخيراً الاصابع وقعت والقدم شفيت واستمر الشفاء لمدة اثنى عشر شهراً وقد جرب المحضر هذه الطريقة فى مرض رينود Raynauds diseaee الا ان النجاح كان أقل — وفى حالة أخرى لغنغرينا الشيخوخة استعمل حقن الكئول وفى هذه الحالة كان نصف القدم مصابا ثم اجرى عملية (سيم) للبتر (Sym's) واعتمد على الحقنة فى منع حدوث خشكريشه وفعلا نجحت الحالة ومما هو جدير بالذكر أن لستر (Lister) فى محاضرته 3rd Huxley Lecture قد أورى أن الاعصاب التى تحكم تمدد وانقباض الاوعية كانت تسير بمحاذاة الشريان نفسه وكانت حرارة العضو تبقى محفوظة حتى ولوكانت الانسجة جميعا عدا الشريان مقطوعة وقد قال هذه الملاحظة لاسير وليام بيليس Wlliam Beyliss فاخبره ان ذلك حقيقى وأن العصب يتصل بالشريان فى جملة مستويات مختلفة . على ان المحاضر يفكر ان السبب فى اختلاف المستويات التى يتصل بها العصب مع الشريان فى مختلف الاشخاص هو الداعى لاختلاف تأثير الحقنة الكئولية . . ويقول فى النهاية ان حقنة الكئول مفيدة فقط من حيث أنها تحد الغنغرينا Limits the gangarene

وقد شرح الرئيس حالة غنغرينا شيخوخة ابتدأت بعد ان لازم مريض مسن فراشه مدة لسبب اصابته لانفلونزا والتهاب الرئة وقال انه لا يشعر ان سبب الغنغرينا فى هذه الحالة كان لسبب كون المريض ارتاح فى فراشه.. وفى هذه الحالة سقطت الاصابع والمريض عاش بعدها ثلاث سنوات وقال أنه يكون فرحا لو سمع اقتراحا لمنع مثل هذه الحادثة بحقن الدم بالمستردة Citrated blood أو بطريقة أخرى

عند ذلك قام الدكتور وبر Dr. Porkes Weber وقال أنه يفكر ان

الشيخوخة غالباً تسبقها حالة عرج متردد Intermtteal claudication وأن الصعوبة هى فى معرفة حالات العرج المتردد التى لا تحول الى غنغرينا وأن يفكر أن العرج المتردد اذا كان فى جهة واحدة لا يصير غنغرينا أو اذا شوهد أنه برفع القدم لا نراها تحمر وتصير مؤلمة . وفى هذه الحالة فالسبب المهيء يكون أتروم الاورطى والشرايين الحرقفية common Iliac arteries المشتركة

ووافق المستر روبرتس J. E. H. Ro berts مع مفتتح الموضوع بتعريفه غنغرينا الشيخوخة أنها تتبع التغير التكلسى للشرايين clacareous degeneretion وسأل عما اذا كان المستر هاندلى شاهد التكلس فى حالاته وقال أنه فى حالته كان اذا أراد أن يبتر العضو كان يتبع الشريان حتى يرى أصلح مكان لربطه وقال أنه لا يستعمل الضاغط Tourniquet وقال أنه قرأ عن مصدر أمريكى حديثاً أن السبب هو زيادة كثافة الدم وأنه عند حدوث مبادىء أعراض المرض يجب تنبيه الدورة بعمل تدليك موضعى بخفة وملاحظة عدم اضاقة الاوعية وعمل تمارين عضلية بسيطة . . .

وقال المستر هاندلى رداً على السؤال انه رأى الشرايين مثل الاحبال ولم يكن بها نبض وهو يفكر أنها بدون أدنى شك متأكلة ولهذا السبب فكر فى استعمال الكئول اذ كان من الصعب أو من المحال اجراء عملية (لريش) Leiche operation وان سن مريضيه كان فيما بين ٦٩ و ٧٦ سنة

ثم شكر السير بولبى المستر هاندلى على نتائجه وقال ان عمل حقنة الكئول أو أعطاء الافيون او قطع السمباتوى (Sympathetic) كله يؤدى لنتيجة واحدة وأتم كلامه بقوله أن الاصابة بالسكر Glycisuria التى تصاحب دائما حالات غنغرينا الشيخوخة كانت لداعى وجود الغنغرينا وليس السكر هو السبب فى حدوثها وتختلف عن مرض (الديابيطس) مرض السكر هذا عن مرض السكر الحقيقى فى عدم وجود الظواهر الاخرى كالعطش وكثرة البول واللسان الاحمر الجاف فكل هذه كانت معدومة أما فى مرض السكر (الديابيطس) فان الحالة طبعاً تكون أشد خطورة

فى حالات الدفتيريا

يجب اعطاء المصل المضاد بمقادير عظيمة

للدكتور حسن كامل بشبرا

فى العدد الأول لسنة ١٩٢٢ شهر يناير من المجلة الطبية المصرية كتبت موضوعاً عنوانه (فائدة اعطاء مقادير عظيمة من المصل المضاد للدفتيريا فى علاج هذا المرض) نقلا عن مجلة بنسلفانيا الطبية بقلم الدكتور س . س . وودى حكيمباشى الامراض الباطنية لمستشفى الامراض العفنة بفلدفيا . . . ذلك هو الرأى الامريكانى القائل باعطاء مقادير عظيمة من المصل وهو الرأى الشائع الآن والذى يجب اتباعه على أننى سوف أعيد المهم من الموضوع اذ أرى أنه موضوع حيوى هام فى علاج الدفتيريا . . وأن الاكتفاء باعطاء حقنة واحدة من فئة ٤٠٠٠ وحدة ليس له قيمة البتة فى مقاومة التسمم ومن جهة أخرى فان عدم مقاومة التسمم باكمله أعنى بمقادير عظيمة قد يكون فيه خطر من جهة التأثير على الاعضاء الاخرى الهامة كالقلب والكلى اذ قد يحصل مقاومة الحمى بمقادير قليلة بينما يكون التأثير عظيما على هذه الاعضاء — ولقد دفعنى لتذكير الرأى الطبى بوجوب اعطاء مقادير عظيمة فى جميع حالات الدفتيريا بغير حذر أو خوف حالة طفل مات بالتهاب عضل القلب بعد ١٢ يوم من حدوث النقاهة (التى اسميها غير تامة) وذلك لسبب تأثير تسمم الدفتيريا على عضل القلب

شاهدت هذه الحالة فى آخر شهر يناير سنة ١٩٢٥ بصحبة الدكتور ابراهيم بك شوقى حكيمباشى قسم الاطفال بالقصر العينى — طفل فى الرابعة من عمره بعد أن أعطى له ٨٠٠٠ وحدة من المصل ابتداء فى دور النقاهة وفى اليوم العاشر حدث عنده التهاب عضل القلب وتوفى فى اليوم الحادى عشر

ولقد شاهدت مثل هذه الحالة عام ١٩١٩ وقد توفى الطفل فى اليوم الحادى عشر أيضا بعد الاصابة وأخذ مصل الدفتيريا بتلك المقادير القليلة — ولقد أكد الدكتور شوقى أن النجاة من مثل هذه المضاعفات لاتأتى الا باعطاء مقادير عظيمة من المصل وهى الوقاية الوحيدة لتلك المفاجآت الخطيرة وحيث كنت أشاهد دائما ويشاهد غيرى من حضرات الاطباء أن كثيراً من الاطفال المرضى بهذا المرض الوبيل يذهبون ضحية عدم اعطاء الكفاية من المصل المضاد للدفتيريا لذلك رأيت واجبا على اعادة ذكر المهم من هذا الموضوع لتوجيه النظر الى أهميته — وهذه بعض نقط الموضوع التى تهم القارىء

« نعم فى الحالات الخفيفة من الدفتيريا قد يكفى مقدار صغير لدفع التسمم ولكن من الذى يمكنه تقدير خفة الحالة أو شدتها ولم لا تكون الحالة التى نرى ظواهرها واعراضها خفيفة هى من الشدة بالمكان الاول بسبب امتصاصه التسمم ولماذا ننتظر التضحية مادمنا قادرين على دفعها »

« فى مستشفى الامراض الوبائيه بفلدفيا تعودنا اعطاء ٥٠،٠٠٠ وحدة من المصل كمقدار مبدئى »

(المعرب) ٥٠،٠٠٠ وحدة اعنى عبارة عن ١٢ امبول من فئة ٤٠٠٠ زائد امبول واحد من فئة ٢٠٠٠ وقد يظهر أنه مقدار عظيم جدا لمن تعود اعطاء مقادير قليلة ولكن ما دامت فائدة مثل هذا المقدار اكيدة وناجحة فما هو منشأ الخوف من اعطائها يقولون دائما بالحذر من زيادة الحساسية للمصل And phylaxis أومرض المصل . . . ذلك هو العفريت الذى نخشاه مع أننا لا نراه لقد كانت هناك مناقشة حادة فى الفرع المصرى للجمعية الطبية البريطانية فى الشهر الماضى وكنت حاضراً فكان جميع الاطباء يقولون بمرض زيادة الاحساس للمصل ولكننى لم ار طبيباً واحداً ذكر أنه شاهد حالة واحدة على أننى كاحد الاطباء الذين أعطوا وما رسوا اعطاء مايزيد عن ٨٠٠ أمبول مصل

الدفتيريا وفيها لم أشاهد سوى حالة واحدة أصيبت بمرض المصل serum siekness وظهر على جميع جسمه طفح ارتكارى بسيط لم يمنعنى من الاستمرار فى اعطاء المقدار الكافى لمقاومة المرض وفى جميع الحالات التى كنت أشعر فيها بالمجازفة فى اعطاء مقادير عظيمة من المصل كنت أشاهد الشفاء تاما وأكيدا ولم يعقب المرض أى مضاعفات قلبية أو كلوية أو شلل بالاطارف السفلى بخلاف ماشاهدته فى الاطفال الذين اعطى لهم ٨٠٠٠ أو ١٠٠٠٠ وحدة والاكتفاء بهذا القدر أن الفكرة الحديثة بوجوب تشبيع جسم الطفل بالمصل هى فكرة صائبة وناجحة وليس فيها من ضرر وان كل المضاعفات هى بلا شك نتيجة عدم مقاومة جميع تسمم المرض — لنعد ثانياً الى موضوع الدكتور س . س . وودى قال :

« أن المقادير التى أوصى باعطائها اعتمادا على خبرتى هى كما يأتى : —

أولا — لا يجوز اعطاء أى مريض مقدار أقل من ١٠,٠٠٠ وحدة

ثانياً — اذا مضى على تغطيه اللوز بالغشاء الدفتيرى يوم أو يومان فيعطى ٤٠,٠٠٠ وحدة واذا مضى ثلاثة أيام يعطى من ٧٥,٠٠٠ الى ١٥٠,٠٠٠ وحدة

ثالثاً — اذا شمل الغشـاء اللوز والحلق والغلصمة والانف فيعطى من ١٥٠,٠٠٠ الى ٣٠٠,٠٠٠ وحدة اعنى ٧٥ حقنة من ذات ال ٤٠٠٠ وحده

رابعاً — اذا كان الانف وحده هو المصاب والحالة خفيفة فيعطى ٢٠,٠٠٠ وحدة أما اذا أصبحت الحالة الانفية تسمها شديداً فيعطى من ٥٠,٠٠٠ وحده الى ١٥٠,٠٠٠ وحده

خامساً — فى حالة أصابة المزمار وحده يعطى من ٣٠,٠٠٠ الى ٤٥,٠٠٠ وحدة ويزاد المقدار نسبياً اذا امتدت الاصابة لجهات أخرى

أما النتيجة التى حصلنا عليها فكما يأتى

(١) العلامات الموضعية (الغشاء) يزول بسرعة جداً وباعطاء مقدار كبير نكون قد ادينا الواجب ورفعنـا عن كاهلنا مضض الانتظار واحيانا

كنت أعطى المقدار اللازم على دفعات لا تستغرق زمنا أطول من ٢٤ ساعة حتى لا تحصل التأثيرات الثانوية التى قد تحصل من جراء اطالة المدة

(٢) بالمقادير الكبيرة يقاوم المرض بسرعة فبينما تزول الاعراض والعلامات نرى المريض يشفى فى بضع ساعات

(٣) المضاعفات المتأخرة تقل فى النسبة وفى الشدة وأيضاً تقلل نسبة الحالات التى نشاهد شفاءها الظاهرى مبدئياً ثم تعاودها اعراض خطرة أو مميتة

(٤) ان الشفاء العاجل باستعمال المقادير الكبيرة هو حقيقى وليس ظاهرى . . . اه »

على أن عندى نقطتين أود توجيه النظر اليهما وهما : —

أولا يجب أن نعد تلك الحالات التى يشاهد فيها الطفل باهتا جدا والتى فيها غدد الصدغ متورمة انها ضمن الحالة الخطرة التى يجب أن نعطى فيها اقصى مقدار . . . والحقيقة أن الحالات التى كنت اخشاها أولا قبل استعمال مقادير عظيمة من المصل أصبحت الآن عندى بعض الثقة فى مقاومة المرض فيها أخص منها تلك الحالات التى تصاب فيها غدد الصدغ ويشاهد فيها الوجه باهتا متورما والتنفس عسرا

ثانياً — أن لكثير من أهل المرضى تأثير على الطبيب فى منعه من التمادى فى أعطاء عدد عظيم من حقن الدفتيريا زاعمين أنها خطرة واذكر أن كثيرين منعونى من اعطاء ١٠ أو ١٢ حقنة دفعة واحدة وعبثاً حاولت اقناعهم بوجوب مقاومة المرض بمقادير عظيمة . . . كذلك من جهة ارتفاع ثمن الحقنة فاحياناً قد يبلغ ثمن الحقنة الواحدة المحتوية على ٤٠٠٠ وحده ٢٥ قرشاً صاغا فاذا فرضنا واكتفينا بعشر حقن فقط لكان ثمنها ٢٥٠ قرشاً صاغا وهو مبلغ باهظ على متوسطى الحال ومتعذر دفعه لطبقة الفقراء وهو ما نرجو له مصلحة الصحة أن توزع بضع الانابيب مجانا على الاقسام الصحية لامكان معالجة ابناء

الفقراء فى منازلهم لان امثالهم كما لا يخفى منشأ انتشار وتفشى عدوى المرض ويجب العناية التامة بهم

(المجلة) نشكر حضرة الزميل الفاضل على التنويه بهذا الموضوع الخطير والحقيقة التى لا شك فيها ان الكثرة من الأطباء تحجم عن اعطاء الكميات الكافية من مصل الدفتيريا ولو اننا نعرف بان المقادير الهائلة التى نوه بها حضرته نقلا عن المجلة الأميريكية غير حائزة لموافقة اغلب الأخصائيين الأوروبيين فالمتفق عليه بين من يعتد برأيهم ان يبدأ باعطاء ١٢٠٠٠ — ١٦٠٠٠ من المصل فى الحالات المتوسطة وان تكرر الحقن يومياً (ولو بمقادير أقل قليلا) حتى ينفصل الغشاء تماماً

الوقاية من الامراض أساسها التعليم

محاضرة

للبروفيسر الدكتور جوزيف بلاد جود

ألقاها أمام الجمعية الطبية المصرية مساء الاربعاء ٢٥ فبراير سنة ١٩٢٥

أننا اذا أردنا أن نعرف مقدار ماوصلنا اليه فى وقاية أنفسنا من الامراض لوجدنا أننا ما زلنا جميعاً فى دور الطفولة

وان العالم المتمدين يقدر لدرجة محدودة أهمية الادوات الصحية والمحافظة عليها ولكن الواقع الآن أن الادوات الصحية لم تحظ فى أى بلد من البلاد بالمعاونة الادبية والمادية التى تسمح لها بأن (تستخدم) لاقصى حد من الوسائل المستقاة من العلوم الطبية والهندسية الصحية سعياً وراء وقاية لافراد من الامراض

وفى الوقت الحاضر تتطلب الوقاية من بعض الامراض والشفاء منها أمراً خارجاً عن متناول الادارات الصحية وهو ما حصل فان العالم المتمدين نفسه قد بدأ يرى أن كل فرد يحتاج من عهد طفولته الى تعلم حقائق صحيحة عن علم الصحة والوقاية من الامراض وأن شفاء غالب الامراض متوقف على الاستعراف والعلاج المبكرين

والرجل البالغ وحتى الطفل من الممكن أن يلقنا هذه المسائل بسهولة وزيادة على ذلك فانه من الممكن تعليمهما أن بعض الامراض لا تقف خطورتها على المصابين بها فقط ولكن تتعداهم الى جميع الافراد الآخرين الملتصقين بهم والذين هم فى وسطهم ويمكننا أن نستوضح هذه النظرية بأكثر من هذا بأن الانفلونزا (النزلة الوافدة) اذا تفشت فى بلد كانت خطراً على العالم

ولذلك كان استئصال كثير من الامراض مسألة دولية وأننا جميعاً مفتقرون الى هذا العلم الخاص للمحافظة على صحتنا كافتقارنا للشمس والضوء والطعام والماء النقيين والعمل والرياضة . وانه لو قدر أن اجتمع فى بلد ما ادارات صحية مجهزة تجهيزاً تاماً مع الوسائل التامة للتعليم على الوجه الصحيح لأتى ذلك فى آخر الامر بأبهر النتائج وانى أذكر بهذه المناسبة أننى عند ما حللت بلتيمور فى سنة ١٨٩٢ كان السبب الوحيد فى وفيات الاطفال الاسهال الصيفى المسبب عن رداءة الماء ووساخة اللبن فأنشىء لمعالجة الاطفال مستشفى صيفى أوجدت فيه المعدات اللازمة لاقامة الوالدات وأنكم لتدهشون حينما تسمعون أن هذا المستشفى أغلق الآن بعد خمس وعشرين سنة اذ أنه باجتماع اهتمام الادارة الصحية بموارد الماء واللبن مع تعليم الامهات بشكل مستمر وطرق العناية وتغذية أطفالهن قد أزيح تقريباً هذا الخطر الذى كان يهدد أطفالنا الصغار . وبلتيمور تكاد تكون بلداً حاراً الا أن لبنها وماءها نظيفان وأمهاتها متعلمات وأننى لا أذكر من زيارتى لمستشفاكم الكبير حينما أتيت مصر فى سنة ١٨٩٣ الا الصفات التشريحية التى كانت تعمل على المرضى المتوفيين من البلهارسيا واليوم

يجب أن لا يبرح من ذهنى تلك الآلاف التى ترد لمستشفاكم لكى تشفى بالعلاج بحقن الانتيمون الوريدية وأننى أتوقع أن أجد جميع الناس هنا عند عودتى لزيارة مصر مرة أخرى يعتنون بالماء الذى يشربونه كاعتنائهم الآن بحلاقة ذقونهم ويجب أن نذكر أنه ليست الوساخة فى ذاتها هى التى تسبب الامراض ولكن الجراثيم التى تكون قد وجدت سبيلها اليها

وأن مدنيتنا الحديثة بما أوجدته من وسائل النقل السريعة قد جعلت انتشار جراثيم جميع الامراض عظيما واننا يجب علينا أن نتعلم ونسير على النظافة التى هى ركن من أركان الايمان الى أن يتاح لنا أن نجد ونستعين بالميكروبات البالعة فى قتل الجراثيم الدقيقة التى تتواجد فى الوساخة

وقد أخبرنى الدكتور سيدهم الطبيب بمستشفيات الرمد المتنقلة أنه عندما ابتدأت هذه المستشفيات عملها فى سنة ١٩١٤ كان خمسون فى المائة من المرضى مصابين بالعمى فى احدى أو كلتى عينهم وأن هذه النسبة قد نقصت الآن ١١ ٪ نظراً لانهم استطاعوا أن يمرنوا الناس على المبادرة الى المستشفى بانفسهم أو بأطفالهم المصابين بالرمد للعلاج قبل أن يتخذ العمى سبيله اليهم الا أن الدكتور سيدهم يخبرنى مع الاسف أنه على قدر محاولته تعليم الاهالى ذلك فانه لم يكن فى الاستطاعة الوقاية من الرمد ذاته وهذا يطابق تجاربى الشخصية فان كلا المجهودين يجب أن يصرفا معا الا أن طريق الوقاية الصحيح يأتى عادة عقب تعليم الاهالى المبادرة الى العلاج المبكر

وأنه يجب ألا يغرب عن ذهننا انه عند اخفاق مجهود التعليم لا يرجع فى ذلك باللوم على الاهالى ولكن على الطريقة التى اتبعت فى تعليمهم وفى الوقت نفسه يجب الا نجعل لليأس سبيلا الى قلوبنا ومارك توين يقول ان استقرار اى نظرية فى عقل الانسان يحتاج الى عشرين عاماً

وان الانسان يستطيع ان يعيش برفاهية وهناء فى غالب انحاء هذا العالم اذا استطاعت الحكومات والادارات الصحية أن تستخدم تطبيقات الطب

والهندسة الصحية الحديثة وعلمت الاهالى وزودت بالمعلومات الصحية

وكان جرجاس العظيم جراح عام جيش بنما يقول لو اننى حظيت بالمال الكافى لسقت الوباء الاصفر من وجه المعمورة

وأذكر أننى عند ماكنت صبياً وكنا نقطن ملوانكى ووسكنسين كنا نشرب ماء النهر وبحيرة مشيجان العظيمة من غير أن نصاب بأى تأثير ما ولكن هذه المياه لوثت بعد ٢٥ عاماً من هذا الوقت نتيجة اهمال سياسى وجهل الاهالى بجرثومة التيفود وصارت الحمى التيفودية وباء منتشرا فى هذه البقعة وهى التى لم تكن معروفة تقريباً هناك ابان طفولتى

وقد استطعنا الخلاص منها بعد أن ضيقنا عليها بعلمى الطب والهندسة وأنه ليسرنى أن أصرح لكم أنه لا ينقصكم شىء لكى تجعلوا مواطنيكم يتمتعون بطرق الوقاية من الامراض مع كون أدارتكم الصحيةالاميرية تقوم بعملها خير قيام وكون القاهرة تسقى من مورد ماء جيد ومستشفياتكم تحث الاهالى على المبادرة الى العلاج المبكر وكونكم تخرجون أطباء متعلمين جيداً الا الوقت والمال والمثابرة والتعاون بين جميع السلطات

علاج سكر البول بغدة البنكرياس

معربة عن المجلة الطبية الانكليزية عدد ١٤ مارس سنة ١٩٢٥

يوجد بعض اعتراضات نظرية لاستعمال غدة البنكرياس نيئة لعلاج السكر فى البول أهمها هى :

(١) أن الافراز الداخلى للغدة تتلفه الخمائر المعدية المعوية وعلى ذلك يفقد خاصيته

(٢) أن العلاج بالغدة النيئة جرب بطريقة الفم ولم ينجح فى أيدى آخرين

(٣) يصعب التأكد من تعاطى الجزء الواجب أخذه عند العلاج بواسطة الفم

ورغماً من ذلك ومن اعتراضات أخرى فقد أعطى تعاطى الغدة نتائج باهرة مدة سنتين ونصف استعملته فيها

انى أجد أن الغدة النيئة تعمل مفعول الانسولين فى حالة سكر البول فضلا عن أنها خالية من خطراته . بينما أنى لم أستعمله فى حوادث كثيرة حتى أجزم بأنه يحل محل الانسولين الا أن الحقائق التى جمعتها تدل على وجهة نظرى فهى تجعل البول خالياً من السكر فى ظرف ٢٤ ساعة من تعاطى الجرعة الابتدائية — يخفض السكر فى الدم — تعدم الاجسام الكيتونية من البول . وخلو البول من السكر فى ٢٤ ساعة قد حصل فى كل الحالات التى استعمل فيها الغدة النيئة وقد وجدت أنه لو منع المريض من أخذ الغدة أثناء العلاج فان السكر يعود الى البول

وطريقة تعاطى الغدة النيئة هى كالآتى : —

ينظم غذاء المريض ويلزم الراحة فان لم تنجح هذه الطريقة فى اخلاء البول من السكر فيعطى حالا الغدة وغذاء منظم حسب سنه ونوع عمله . والشيء الجوهرى هو أن تكون الغدة طازجة وهذا هو السر فى عدم نجاح الاطباء الآخرين فى الحصول على نتائج مرضية عند ما استعملوا الغدة النيئة . وقد وجدت أن حفظ الغدة وتسخينها يفقدها خاصيتها وحتى لوأخذت بمقادير كبيرة فان السكر يظهر فى بول المريض من حين لآخر ولذلك فأظن أن الافراز الداخل للبنكرياس هو مادة غير ثابتة (Labile) تتلف وتفقد خاصيتها بالحفظ والتسخين

ومن وجهة أخرى يجب اعطاءها طازجة ويفضل لو كانت مفرومة . وطبخها يفقدها خاصيتها والمقدار الذى أعطيه (بطريق التجارب) هو ملعقة شوربة من الغدة المفرومة النيئة يومياً وفى حالة واحدة وجدت أن

ملعقة شوربة كل ثانى يوم أخلت البول من السكر غير أن هناك تفاعلا حقيقياً كان يحصل فى اليوم الذى لم يعط فيه الغدة وأنى أجرب الآن اعطاء مقادير أكبر لانى أشعر بأنه لن يكون هناك خطر من احداث قلة فى سكر الدم Hypo glyceama كما يحصل فى الانسولين ويمكن احضار الغدة النيئة من الجزار ولا فرق فى الناتج بين غدة الضأن والبقر والخنزير

أول حالة جربت فيها اعطاء الغدة النية بالفم كان (فى صيف سنة ٩٢٢ قبل وجود الانسولين) فى رجل عنده سكر وأجسام كيتونية فى البول — بحثت المريض فى ربيع سنة ٩٢٢ وبعد علاجه مدة أرسلته للمستشفى المحلى وقد عولج فيها بكل مختلفات الاغذية (ألن وغيره) ولم ينجح معه واحد منها وأخيراً احضر لى فى يونية سنة ٩٢٢ ومن باب التجربة نصحت له بتعاطى ولو ملعقة شوربة من الغدة النيئة المفرومة يومياً فكانت النتيجة مدهشة. اذ خلا بوله من السكر بسرعة وزاد وزنه وبعد مضى ثلاثة أسابيع من العلاج شعر بتحسين عظيم حتى أنه عاد لاشغاله وحديثاً أى بعد مضى سنتين ونصف سنة زارنى فوجدته ممتلئ الجسم وقد أخبرنى أنه مستمر على العلاج فامتحنت السكر فى دمه فكان ١٢٩و٠ ٪ وكان بوله خالياً من السكر غير أنى عند ما منعته من تعاطى الغدة يوماً أو يومين عاد السكر للبول بكثرة

وفى ست حالات أخرى عولجت بالغدة النيئة كانت النتيجة واحدة وحالة امرأة تستحق الذكر اذ أنها عولجت بالغدة والانسولين أيضاً وبمقارنة النتيجتين لاحظت أنها كانت أحسن وهى على علاج الغدة منها وهى على علاج الانسولين

ابتدأت المريضة العلاج بالغدة فى ربيع سنة ٩٢٤ وتحسنت جداً وفى يونيو ذكرت طريقة العلاج لاحد أطباء الشرف لمستشفى شفيلد وبناء على اقتراحي أدخلت المريضة المستشفى حتى يباشر هو شخصياً العلاج بالغدة النيئة

ولـكن للاسف قبل أن يراها الطبيب اعطاها طبيب الامتياز حقنة أنسولين واستمرت على الحقن بها فى منزلها بعد خروجها من المستشفى وبمقارنة حالتها الآن وهى على الانسولين بحالتها فى الربيع عند ما كانت تتعاطى الغدة وجدت أنها نقصت فى الوزن ولا تشعر بتحسين ويوجد السكر فى بولها .

هذه الحقائق تشجعنى على أن أظن أن تعاطى الغدة النيئة الطازجة بالفم تحل محل الانسولين وهى طريقة أفضل لانها آمنة وخالية من الخطر الذى ربما يحدث من تعاطى الانسولين ولو بمقدار صغير وعلاوة على ذلك فهى أقل تعباً للمريض وللطبيب المباشر لان كل من عنـده تجارب فى الانسولين يوافقنى أن علاج الانسولين متعب ومصحوب بخطر للمريض فى بعض الاحوال .

وربما يحتج بأن تعاطى الغدة نيئة شيء مكروه ولـكن المرضى الذين يتعاطونه يقررون أنه غذاء لذيذ خصوصاً لو خلط بالخس وهذا يذكرنا بمرضى السل الذين يتعاطون اللحمة النيئة أو المطبوخة قليلا فانهم يخبرونا أنهم لا يشعرون بلذة الطعام المطبوخ عند عودتهم اليه بعد تعاطيهم النيء مدة طويلة

(التحرير)

علاج الحمى التيفودية

معربة عن B. M. J. عدد ٧ مارس سنة ٩٢٥

عالج شالير وتور ٤٤ حالة حمى تيفـودية بحقن البروتروبين فى الوريد وحمامات درجة ٤و٨٢ فرانهيت المريض كان يأخذ مقدار ١٠ سنتيمتر مكعب من محلول ٢٠ ٪ الذى كان يعادل ٢ جرام من الدواء وكان العـلاج يستمر حتى تعود الحرارة طبيعية وكان ذلك من مدة يومين الى خمسة ايام وعند ما كانت تعمل الحقنة أصولياً فلا يوجد تفاعل موضعى أو ألم محل الحقنة والاوردة تبقى

سليمة والحقن كان يتحملها المريض فلا يحدث حكة أو طفح أو اضطراب فى الدورة الدموية أو قىء أو آلام فى البول . والصدمة كانت نادرة ولم تلاحظ الا فى خمسة أو ستة حالات (ماعدا حالة واحدة) بحالة خفيفة — رعشة وارتفاع فى الحرارة — ومع أن اعطاء اليرتروبين بالفم يحدث بولا دموياً من ٧ — ١٢٪ فى كل حالات التيفود نظراً لاحداث احتقان مثانى الا أنه لم يحدث أبداً فى هذه الحالات التى أعطى فيها الدواء حقناً فى الوريد .

كان يعقب الحقنة (ما عدا حالات قليلة) نقصان فى الهزيان والذهول والحمى والاسهال وزيادة البول وتحسين عام . ولم يحصل نزيف دموى فى حالة ما

وقد توفى اربعة حالات أى نسبة ٩ ٪ ولكن واحدة كانت مصحوبة بالتهاب كلوى كيسى Polycystic والحالات الاخرى كانت درنية . وخطورة هذا النوع معروفة ؟ (التحرير)

محضر الجلسة العلمية السادسة والعشرين

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة بقاعة الاشعة بالمستشفى الاميرى الساعة السابعة وربع من مساء يوم الثلثاء ١٣ يناير سنة ١٩٢٥ تحت رئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور ظريف بك عبد الله رئيس الجمعية وبحضور عدد كبير من الزملاء .

فقام حضرة (الدكتور محمود عفيفى) طبيب الاشعة والكهرباء بالمستشفى بالقاء محاضرة عن (أهمية الاشعة فى تشخيص الامراض وعلاجها) . وهى المنشورة فى غير هذا المكان من المجلة

وقام حضرته أيضاً فى أثنائها بواسطة الفانوس السحرى باظهار عدة الواح مأخوذة عن الاشعة لتوضيح كيفية التشخيص بالاشعة لامراض الاجهزة

المختلفة بالجسم كالعظام والرئتين والقلب والاورام الخبيثة والحصوات والامراض السكلوية وغير ذلك

وقد دامت المحاضرة ساعة ونصف ساعة

ثم قام السكرتير شاكراً حضرته على عظيم الجهد الذى بذله ومهنئاً على اتقانه هذا الموضوع الهام . وشكر حضرة ناظر المدرسة العباسية الثانوية على تكرمه بالسماح باستعمال فانوس المدرسة السحرى . كما أثنى على حضرات مساعدى قسم الطبيعة فى المدرسة الذين تكرموا بحضور المحاضرة وتشغيل الفانوس .

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة الا ربع مساء ؟

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة العلمية الثامنة والعشرين

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة بالمستشفى الاميرى الساعة السابعة وربع مساء الثلثاء ١٠ فبراير سنة ١٩٢٥ تحت رئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر رئيس الجمعية وبحضور عشرين طبيباً من الاعضاء

فقام حضرة (الدكتور شعبان هربدى) لالقاء محاضرته المذكورة فى غير هذا المكان من المجلة عن (الفيتامين) . وأشار حضرته قبل القائها أنه ليس له أى تجارب عملية فى موضوعها وأنه قد جمع محاضرته من المؤلفات الاجنبية وخصوصاً عن مؤلفات الاغة الفرنسية

وبعد القائها دارت عدة مناقشات فى موضوعها .

(فالدكتور عبد الرحمن الرافعى) أومى الى ما ذكره المحاضر من أنه من الممكن اصابة الدجاج بالبلاجرا بعد اعطائها غذاء مخصوصاً وسأل عن كيفيـة تأكد الباحثين من أن مرض الدجاج فى تلك الحالة هو البلاجرا فاجابه المحاضر أن العلامات التى تظهر على الدجاج تكون منطبقة فى الحياة و بعد التشريح على مرض البلاجرا مثل التهاب الامعاء الخ . مما قد وضحه فى مقالته

و (الدكتور محمود عفيفى) طبيب الاشعة فى المستشفى شكر المحاضر وأثنى على مجهوده . ثم أشار الى أمر جزمت بصحته التجارب ولم يشير اليـه فى المحاضرة . وذلك هو فعل أشعة الشمس وضرورتها لقيام (الفيتامين) بواجبها الحيوى . فقد وجد أنه اذا أعطى شخص ما غذاء كاملا من كل وجهـة بالفيتامين وغيره وحجز هذا الشخص فى الوقت نفسه عن أشعة نور الشمس فانه بالرغم من هذا الغذاء الـكامل يضمر ويقل وزنه والسبب هو أن هناك (الشعاع الذى وراء البنفسجى) فى نور الشمس وقد وجد بالتجـارب أنه العنصر اللازم وجوده حتى تؤدى الفيتامين واجبها . ففى أمريكا قد أجرى بعض الثقاة تجارب على الديكة . فجاءوا باربع فئات منها أعطيت الفئة الاولى غذاء عاديا وعرضت لاشعة الشمس مباشرة وأعطيت الفئة الثانية نفس الغذاء ولـكنها لم تعرض مباشرة لنور الشمس بل جعل بينها و بينه الواح من الزجاج العادى . وأعطيت الفئة الثالثة الغذاء العادى أيضاً ووضع بينها و بين الشمس ألواح من زجاج (الـكوارتز) . أما الرابعة فلم تعرض على أشعة الشمس مطلقاً وانما عرضت الى أشعة فوق البنفسجية أوجدت صناعياً . فوجد أن الفئة الرابعة نمت أكثر من الاولى بسبب تركز الاشعة المشار اليها . كما أنه لوحظ أن الفئة الثانية التى حجزت عن الشمس بالزجاج العـادى قد قل وزنها وهزلت .حتى اذا أزيل الزجاج رجعت اليها قوتها ونمت . وكل هذا يرينا أن الفيتامين ليست كل ما هو أساسى لحفظ التوازن فى الطعـام . ولقد أورد

البعض النظرية الآتية لتفسير هذه الحقائق . وهى أن (الفيتامين) تمتص (الاشعة الفوق البنفسجية) وتوزعها فى الجسم الحيوانى لكى ينتفع بها بطريقة ليس فى مقدورنا تفهمها الان ولا تزال سراً مضمراً فى كنه الزمن . فهل هذه الخاصية هى كل فائدة الفيتامين أو أن الفيتامين مفيدة بذاتها ؟ هذا سؤال ملقى تحت ستار لا يزال علينا ازاحته

ثم قام (الدكتور على عطيه نجم) فأكد ما ذكره حضرة الدكتور عفيفى وأبدى أن المحاضر تكلم بصفة عامة عن (الفيتامين) جملة وكان الأجدر فى نظره أن تقسم الى أنواعها الثلاثة (ا) و (ب) و (ج) بصفة أوضح مع ذكر الامراض التى تتسبب من كل من هذه الانواع . مع العلم أنه قد وجد أن هناك نوعا رابعاً رمزوا له بالفيتامين (پ) P وقالوا أنه السبب فى مرض البلاجرا

ثم أشار الى ما ذكره المحاضر عن الفيران التى غذيت بحبوب مقشورة والتى قال عنها أنها أصيبت بالنزلات المعوية وفسر ذلك بسبب زيادة المواد النشوية فى طعامها . ولكنه هو قد قرأ أن التجارب الاخيرة دلت على أن هذه النزلات المعوية لم تتسبب الا من (نقص) الفيتامين (ب) B بمعنى أن هناك فرقا بين (انعدام) الفيتامين و (نقصه) . فانعدام الفيتامين (ب) مثلا أى عدم وجوده بالمرة يسبب مرض (البرى برى) بينما أن نقصه أى وجوده بكمية قليلة غير كافية يسبب النزلات المعوية أى مرضا أخف من الاول . وقس على ذلك الفيتامين (ج) فان انعدامه يسبب مرض (الاسقربوط) بينما قلته تسبب الآلام وغير ذلك من الاعراض وكذلك الفيتامين (پ) P فانعدامه بالمرة يسبب (البلاجرا) بينما قلته تسبب بعض الامراض العقلية .

وأشار حضرته كذلك الى أنه قد لوحظ أن نقص الفيتامين يسبب سرعة العدوى بالامراض الوبائية وغيرها .

فاجاب (الدكتور هريدى) بانه قد وجد أنه من اللازم جعل كمية المواد

النشوية متوازية فى الطعام والا حدث (الاسيدوز) أى الحموضة الدموية . وقد ذكر ذلك فى محاضرته .

ثم قام (الدكتور ابراهيم صبرى) طبيب قسم الجلد فى المستشفى . وقال أنه على ذكر مرض البلاجرا فانه هو شخصياً قد قام ببعض تجارب بالاشعة فى المستشفى على طفح ذلك المرض . وهو كما هو معلوم نوع من الاكزيما المزمنة . فقد اختار بعض المرضى وعرض جزءا من الطفح على اليدين الى أشعة رونتجن لمدة أسبوعين . فبعد مرور ذلك الوقت تحسنت حالة تلك الاجزاء المعرضة للاشعة بشكل عجيب مدهش وصار جلدها عاديا وصارت بقعاً طبيعية فى وسط الطفح . وهو لم يتمم تجاربه هذه ولكنها مما يحسن ذكر لانه لم يجد شيئاً من ذلك مذكوراً فى كل المؤلفات عن الجلد والاشعة أو البلاجرا .

فأشار (الدكتور عبد الرحمن بك عمر) رئيس الجمعية ومدير المستشفى الى أن هذه هى أول مشاهدة فى هذا الامر على ما يعتقد . وقد سجلت باسم الدكتور صبرى فى تقرير المستشفى السنوى .

وأكد (الدكتور حسن الجربى) مشاهدات الدكتور صبرى لانه شاهدها حينما كان طبيباً مقيما بالمستشفى

وأشار (الدكتور هريدى) الى أنه يوافق على أن فعل الاشعة فى هذه الحالة هى فعل موضعى فلو كان عمومياً لعمت الفائدة الاجزاء المجاورة المصابة بالطفح

وطلب (الدكتور على عطيه نجم) أن تعمل بعض التجارب على البلاجرا فى المستشفى . وخصوصا أن هذا المرض هو الوحيد الذى لم يبت بعد فى منشئه وعلاجه . واقترح أن يعالج بعض المرضى به بالاغذية الزلالية مثل اللحم والسمك والبيض الخ . ليرى مقدار تأثيرها . كما طلب مواصلة تجارب الدكتور صبرى

فوعد (الدكتور عبد الرحمن بك عمر) بذلك حين وصول الحالات الجديدة

وهى تظهر عادة فى مارس من كل سنة . ودارت عدة مناقشات أخرى

ثم قام حضرة (الدكتور ابراهيم صبرى) بعرض مريضين بمرضين جلديين غريبين وباحدهما أثر لتفاعل التيوبركلين .

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة والنصف مساء ؟

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة السادسة والاربعين

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى برئاسة سعادة الاستاذ الدكتور ظيفل باشا حسن وبحضور نحو ١٥٠ من حضرات الاعضاء وأساتذة وطلبة مدرسة الطب وأطباء القاهرة والاقاليم وذلك الساعة ٨ ½ من مساء الاربعاء ٢٥ فبراير سنة ٩٢٥ وعند افتتاح الجلسة قدم سعادة الرئيس جناب البروفيسير الدكتور جوزيف بلدجوذ استاذ الجراحة بجامعة هوبكنز بلتيمور بامريكا للحاضرين لالقاء محاضرة عن (الوقاية من الامراض أساسها التعليم)

وقد أخذ جنابه يسرد تفاصيل محاضرته النفيسة بالانجليزية (وهى المنشورة فى غير هذا المكان) وبعد الانتهاء منها تكلم باسهاب عن سرطان اللسان والصدر فى أمريكا وكيف أن تعلم الامة ضرورة المبادرة للطبيب عند أول استشعار بالمرض قلل كثيراً جداً من الاصابات المستعصية لدرجة محسوسة

وبعد الانتهاء شكره الحضور على محاضرته القيمة

ثم قام الدكتور محمد خليل عبد الخالق فشكر المحاضر بالنيابة عن رئيس الجمعية وأعضائها وقال ما معناه أنه قد يكون من المستغرب أن نسمع اليوم محاضرة عن الوقاية من الامراض من جراح بينما يظن الكثيرون أن علم الوقاية هو ضمن اختصاص دائرة الاطباء الباطنيين أو الاطباء الصحيين ولكن الاستاذ بلاد جود بكلامه فى هذا الموضوع قد أظهر لنا ما يعتقده الغربيون الآن وهو أن علم الوقاية يجب أن يلم به ويعمل كل من دخل ميدان الطب فى أى فرع من فروعه وليس بغريب أن يتكلم الاستاذ بلاد جود عن هذا الموضوع اذا علمنا أن الجامعة التى هو استاذ فيها جامعة Johns Hopkins فى الصف الاول من الجامعات التى تعتنى بعلم الصحة وبها مدرسة خاصة به أنشئت حديثاً بمعاونة المثرى الكبير جون روكفلر

وقد لاحظتم أن الدكتور بلاد جود تكلم عن نتيجة نشر الدعوة فى أمريكا وتأثيرها على المرضى حين يحضرون للعلاج فى بدء المرض عند ما تكون نسبة الشفاء عالية ولكن هذه هى الخطوة الاولى فى مقاومة الامراض والمقصد الاسمى الذى يرمى اليه علم الطب هو الوقاية من هذه الامراض قبل حدوثها

واذا درسنا الادوار التى مرت بها أعمال اللجنة الدولية الصحية لمبرة روكفلر التى هى أعظم عمل خيرى يرمى الى مقاومة الامراض فى العالم لوجدنا أنهم بدأوا بعلاج الناس من مرض الانكلستوما فى البلاد الموبوءة به ولكنهم وجدوا أن العدوى لا تلبث أن تعود فاضافوا الى المعالجة انشاء المراحيض وتعميم استعمالها ولكنهم وجدوا أن ذلك لا يساعد على الحصول على النتيجة المطلوبة عند ما يغادرون الديار الموبوءة اذ تعود الحالة الى ما كانت عليه نظراً لعدم وجود أطباء صحيين اكفاء يحافظون على صحة الاهالى ولا يمكنون المرض من التأصل ثانية فوجهوا همتهم اخيراً الى انشاء معاهد فى البلاد المتأخرة لتعليم الطب الحديث ووجدوا أن ذلك خير ضمان لمقاومة

الامراض . والطب الحديث يرمى الى تعليم الطالب من بدء دخوله المدرسة أن المقصد الاسمى هو منع الامراض بقدر الامكان وان لم يتيسر فعلاجها

من أهم الاشياء التى يترتب عليها مقاومة الامراض هى أن يرى ولاة الامور الذين بيدهم مقاليد الحكم فى البلاد أهميـة هذه الاعمال ولا يضنون بالمال اللازم لها وذلك يرى جليا فى حالة انشاء قناة بناما فقد بدأ الفرنسيون بهذا العمل ففشلوا وذلك لتفشى الامراض بين العمال حتى لم تبق على أحد وعند ذلك فكر الامريكيون فى القيام بهذا العمل وقد كان من حظهم ان انتخبوا الدكتور جورجاس للمحافظة على الحالة الصحية هناك ومقاومة الملاريا والحمى الصفراء التى أودت بالفرنسيين من قبل وجورجاس هذا يعد من اعاظم الرجال فى العالم ولكنه لم يكن من المكتشفين أو العلماء ولكنه رجل أمكنه أن يستفيد من اكتشافات غيره فبينا كان كثيرون يشكون فى أن البعوض ينقل الملاريا قام جورجاس بحملة شعواء ضد البعوض فى منطقة بناما فاباد مرض الملاريا والحمى الصفراء وكان جورجاس حسن الحظ فى وجود الرئيس روزفلت فى ذلك الوقت على رأس الولايات المتحدة فاطلق يده فى العمل ولم يضن عليه بالمال اللازم فنجح حيث كان الفشل نصيب سلفه

وفى الختام فانى اكرر الشكر للاستاذ بلادجود على محاضرته الثمينة القيمة

شكر واهداء

أهدانا حضرة الدكتور نخرى افندى فرج الطبيب بمدينة القاهرة كتابه (المرأة وفلسفة التناسليات) ويقع فى ٦٥٤ صفحة متقن الطبع والتجليد ومحلى به ٥١ صورة وهو الحلقة الاولى التى سيتبعها حضرة المؤلف بحلقات أخرى . ونظرة للمراجع التى استرشد بها حضرته تدل على المجهود الكبير والعناء العظيم اللذين بذلهما لاخراج كتابه . فنشكر لحضرة المؤلف هديته ونتمنى لمؤلفه الشيوع اللائق به م؟

رقم ٢٥ تعيين — عين الدكتور عطيه افندى احمد سالم تحت التجربة بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول فبراير سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

رقم ٢٦ تنقلات — تقرر نقل حضرات أطباء المستشفيات المذكورين بعد اعتباراً من التواريخ المبينة أمام أسمائهم : —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور نسيم بشاره افندى . . .	عموم المصلحة	مستشفى الاسكندرية	٢٨ — ١٠ — ٩٢٤
« مصطفى راغب افندى . . .	« «	« «	١٣ — ١ — ٩٢٥
« نجيب رفله افندى	مستشفى اسكندرية	« السويس	١٠ — ٢ — ٩٢٥

وتقرر نقل الدكتور محمد افندى عبد الحميد جوهر الطبيب بعموم المصلحة الى بندر دمنهور والدكتور سعد الله افندى يوسف الطبيب بندر دمنهور الى البرلس الاول اعتباراً من ١٠ فبراير سنة ١٩٢٥ والثانى اعتباراً من ١٣ من الشهر المذكور

رقم ٣٠ تصحيح — الحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٣٧ الصادرة فى سنة ١٩٢٤ ليكن معلوماً أن وظيفة الدكتور محمد افندى أبو العلا عانوس الطبيب بمستشفى قصر العينى هى (طبيب نائب) وليست (طبيب مقيم) كما جاء بالنشرة المشار اليها .

رقم ٣١ تعيين — عين الدكتور عبد الحميد افندى حسنى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية براتب

قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ١٤ فبراير سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الرمد

وعين الدكتور فهمى افندى مسعد ميخائيل تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتباراً من ١٩ فبراير سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

وعين الدكتور محمد افندى سلام الخولى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢١ فبراير سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

رقم ٢٢ تنقلات — تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور عبد المجيد رمزى افندى	مفتش ثانى صحة مديرية أسيوط	قسم الجمالية	١ — ٤ — ١٩٢٥
« اسماعيل حماد «	قسم الجمالية	مفتش ثانى صحة مديرية أسيوط	٤ «
« عبد الحميد صادق «	مفتش ثان صحة مديرية المنيا	قسم الدرب الاحمر	١ «
« عبد اللطيف فهمى «	قسم الدرب الاحمر	مفتش ثانى صحة مديرية المنيا	٤ «
« كامل جرجس «	عموم المصلحة	كفر الشيخ قسم ثان	١ «
« اسكندر جورجى «	كفر الشيخ قسم ثان	الواسطى	٣ «
« سالم عبد المجيد «	الواسطى	أجا	٦ «
« على محمد «	أجا	بولاق قسم ثان	٩ «
« محمود متولى «	بولاق قسم ثان	مفتش تطعيم وجه قبلى (المنيا)	١٢ «

رقم ٣٣ تثبيت — بما أن الدكتور جورج افندى حنا دميان الطبيب بمستشفيات الرمد قد مضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

رقم ٣٥ رفت — بناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور جورج افندى يوسف عقداوى مفتش التطعيم بالوجه القبلى تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ٢ فبراير سنة ١٩٢٥

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت او لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم و نتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم ألايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والأيصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

العدد السادس يونيو ١٩٢٥ JUNE 1925 السنة الثامنة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاعلانات »
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

﴿ المراسلات ﴾

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الفهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السادس | يونيه سنة ١٩٢٥ | السنة الثامنة

موجودات باثولوجية

فى الجهاز العصبى الرئيسى فى حالة كلال عضلى خطير

Myasthenia gravis

للدكتور يوسف براده

معيد ومسجل الامراض الباطنية بمستشفى القصر العينى

الغرض المهم من هذه العجالة أن أورى بعض التغيرات فى الجهاز العصبى الرئيسى فى حالة كلال عضلى خطير فانها ربما توضح منشأ الاعراض التى تظهر فى هذا المرض

التحق المريض بالجيش البريطانى فى ١٣ أغسطس سنة ١٩١٤ وفيما يلى أثبت تقرير الصاغ والش (Major Walshe) بالعروة الوثقى

٢٦ يوليه سنة ١٩١٨ — بينما كان المريض مع الجيش بفلسطين فى يونيه سنة ١٩١٨ لاحظ أن برجليه ضعفاً لم يقو معه على ركوب حصانه بدون مساعدة واذا مشى قليلا عجز عجزاً تاماً عن الاستمرار . ولم يشك المريض بآلام ولا تغير فى الاحساس رغم تزايد الضعف المستمر فى رجليه ويديه . وبعد مضى

أسبوعين صارت السوائل تنفذ من الفم الى الانف وبح صوته وتعذر عليـه مضغ الطعام حتى أنه كان يضطر الى الامتناع عن الاكل بعد ثلاث أو أربع لقمات . ولم يكن عند المريض أعراض فى عينيه ولا التهاب فى حلقه ولم يستخرج منه تاريخ أى عدوى

وبالفحص وجدت أعضاؤه سليمة وحالته العامة جيدة

الجهاز العصبى — التفكير والحواس طبيعيـة — أعصاب الرأس — الاعصاب الثالث والرابع والسادس سليمة وقت الفحص — العصب الخامس — العضلات المضغية والصدغية ضعيفة جداً بحيث يمكن وضع الاصبع بين الاسنان بلا خوف لضعف عضته وليس هناك تغيير فى الاحساس — بالعصب السابع شلل غير كامل الا أنه واضح جداً فى جهتى الوجه — العصبان التاسع والحادى عشر — فى سقف الحلق والحنجرة والحلقوم شلل غير كامل — ثم ان كل عضلات جسمه ضعيفة وسريعة الكلل وليس بعضهـا أكثر تأثراً من غيره — والاحساس طبيعى — الانعكاسات كلها طبيعية . وعلى ذلك شخصت الحالة مياستينا جرافز حديثة (كلل عضلى خطير حديث العهد)

فى ٢٨ أغسطس سنة ١٩١٨ — انتقل المريض الى مستشفى البـاخرة ماهيرو (Mahro) وهاك تقرير الطبيب على ظهر الباخرة : —

« هذا الرجل مصاب بكلال عضلى خطير وهو عرضة لنوبات هبوط تنفسى ولا يقـدر المريض على ابتلاع السوائل لانها ترجع من أنفه ، وتخونه قوة مضغه اذا أراد أكل النواشف »

وفى ٦ سبتمبر — دخل مستشفى مودزلى وهاك ملخص بيـان الطبيب بالمستشفى : —

« التاريخ السابق — الصنعة دباغ جلود وقد كان دائماً صحيح الجسم ووزنه من مدة اثنى عشر شهراً ١٣ ستون ورطلان أى (٨٢ كيلو تقريباً)

التاريخ العائلى جيد — الحالة الآن — المريض مستلق على ظهره ورأسه

مرفوعة ومسندة لان رأسه عرضة للارتخاء الى الخلف . والجبهة لمساء وحاجبه الايمن مرتخى . والشفة العليا مرتفعة وزوايا الفم منخفضة والشفتان متقلصتان فاذا ابتسم لا ترتفع زوايا الفم فتظهر كابتسامة الهزؤ (شكل ١)



(شكل ١)

القوة — لا يمكن المريض أن يجعد جبهته ولا أن يقفل عينيه بشدة ولا أن يصفر أو ينفخ شدقيه ولا يمكنه مضغ الطعام ولذا فهو يأكل طعاماً طرياً ولم يرجع الاكل من الفم أثناء وجوده بالمستشفى — اللسان ناعم ورخو ومرتعش وبه شقوق مستطيلة — الصوت مدغم — عضلات ما بين الاضلاع وعضلات التنفس الاخرى متأثرة بالمرض فتمدد الصدر لا يزيد على نصف بوصة كما أن العضلات تكل بسرعة . وعند المريض ازدواج بالبصر غير ثابت فى الموضع — دقات القلب ضعيفة والنبض بطىء ٦٣ فى الدقيقة — الانعكاسات البطنية موجودة ولم يمكن ايجاد انعكاس عضلة الحبل المنوى cremasteric الانعكاس الردفى غير موجود — انعكاس بطن القدم طبيعى — الحساسية — الاحساس لم يفقد الا أن المريض كان أحياناً يقول أنه لا يحس فى نقطة ما ولكنه يشير بها كالعادة فى وقت آخر — تعداد كرات الدم — الكرات الحمراء ٥٫٨٠٠٫٠٠٠ الكرات البيضاء ٦٧١٨ — الخلايا اللمفاوية الصغيرة ٢٧ ٪

والكبيرة ١٢ ٪ والمتعددة النوايا ٦٢ ٪ أى أن هناك زيادة ضئيلة فى الخلايا اللمفاوية ثم أن المريض يمكنه أن يقوم من السرير ويمشى بضعة ياردات بالمساعدة

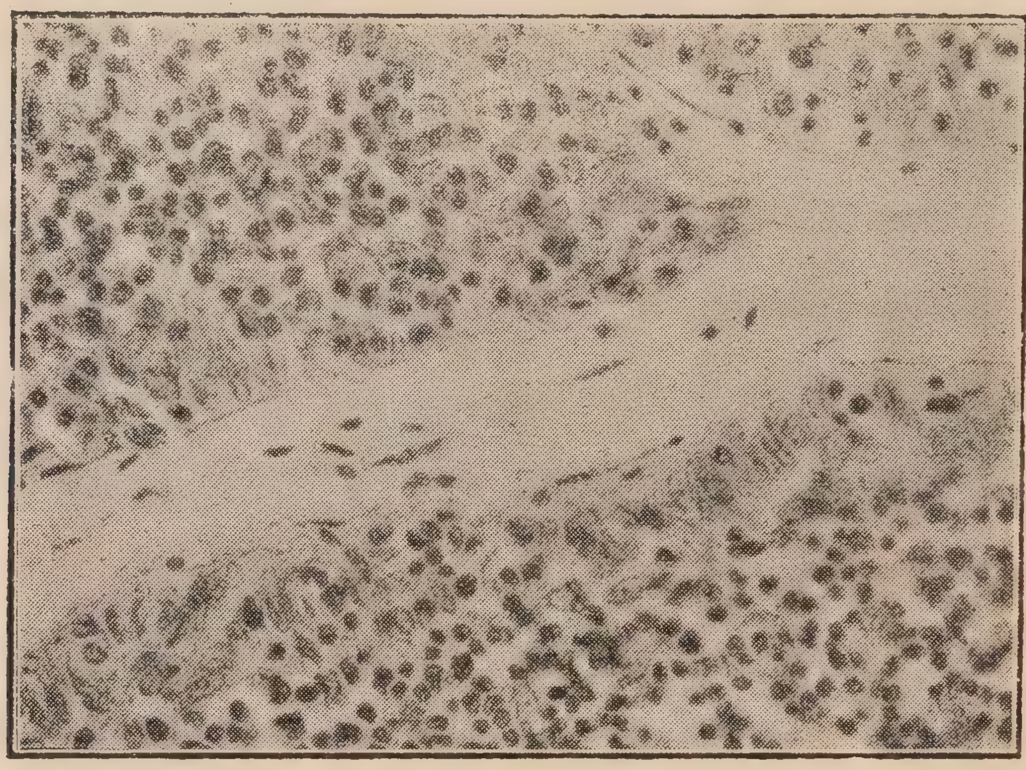
فى الرابع من فبراير سنة ١٩١٩ — شعر المريض أن حالته حسنة وذهب الى السينما ورجع وهو شاعر بالتحسن والابتهاج وفى الساعة الثانية صباحاً من اليوم التالى شكا بألم فى صدره الايسر ولم ينم جيداً وفى الساعة ١١ صباحاً أصيب بنوبة عسر فى التنفس استمرت رغماً عن استنشاق الاكسجين المستمر الى أن توفى بعد الظهر فقد أخذت عضلات التنفس تضعف شيئاً فشيئاً حتى لم يبق فى الصدر حركة وقيل فى التقرير أنه مات من هبوط

عملت الصفة التشريحية بواسطة الماجور كولينز Major Collins فى نفس اليوم وكان الطقس بارداً ولذلك فان التغيرات الميكروسكوبية التى أوردها فيما يلى لم تكن ناشئة عن تغيرات حادثة عقب الوفاة

أما الاجزاء التى امتحنتها فهى التيموس وقطع من العضلة الحجاجية العينية (Orbcularis oculi) والعضلة المضغية (Masseter) والحجاب الحاجز والقلب وقد جهزت قطاعات من مراكز الرجل واليد والوجه فى جهتى شق رولاندو (أى التلفيفين الصاعدين الجبهى والجدارى) ثم من السرير البصرى والمخ الاوسط وقنطرة فارول والبصلة وكذلك من المخيخ والنخاع الشوكى ومما يؤسف له عدم وجود قطع من أنسجة أخرى للفحص

الغدة التيموسية — كانت الغدة متضخمة جداً وزاد وزنها على ٧٠ جراماً وهى محاطة بغشاء سميك من النسيج الليفى . وبالفحص الميكرسكوبى لم يمكن تمييز القشرة من الاب ولم يكن هناك الا القليل من الاجمة الليفية مخترقة الانسجة الخلوية المكونة على الاكثر من خلايا لمفاوية وخلايا زى البشرية على أن الاولى أكثر انتشاراً جداً من الثانية الا فى بقع صغيرة حيث تقل كثافتها نوعاً . أما الخلايا زى البشرية فلها نواة كبيرة منفطة وهلام خفيف الانصباغ ويمكن مشاهدة اتصال هلام الخلايا المتجاورة فى البقع الرائقة نوعاً

أى التى نقل فيها كثافة الخلايا اللمفاوية ويوجد فى القطاعات كثير من الفسحات المملوءة بمادة رائقة مصبوغة باليوسين وبها قليل من الخلايا زى البشرية فى حالة تحلل كولويدى وكذلك قليل من الخلايا اللمفاوية . وهذه الفسحات مبطنة بخلايا زى البشرية مرتبة فى كثير من الاحوال بشكل طبقة من الخلايا المغزلية بحيث يكون طولها عمودياً على محيط الفسحة (شكل ٢) وشوهدت علامات

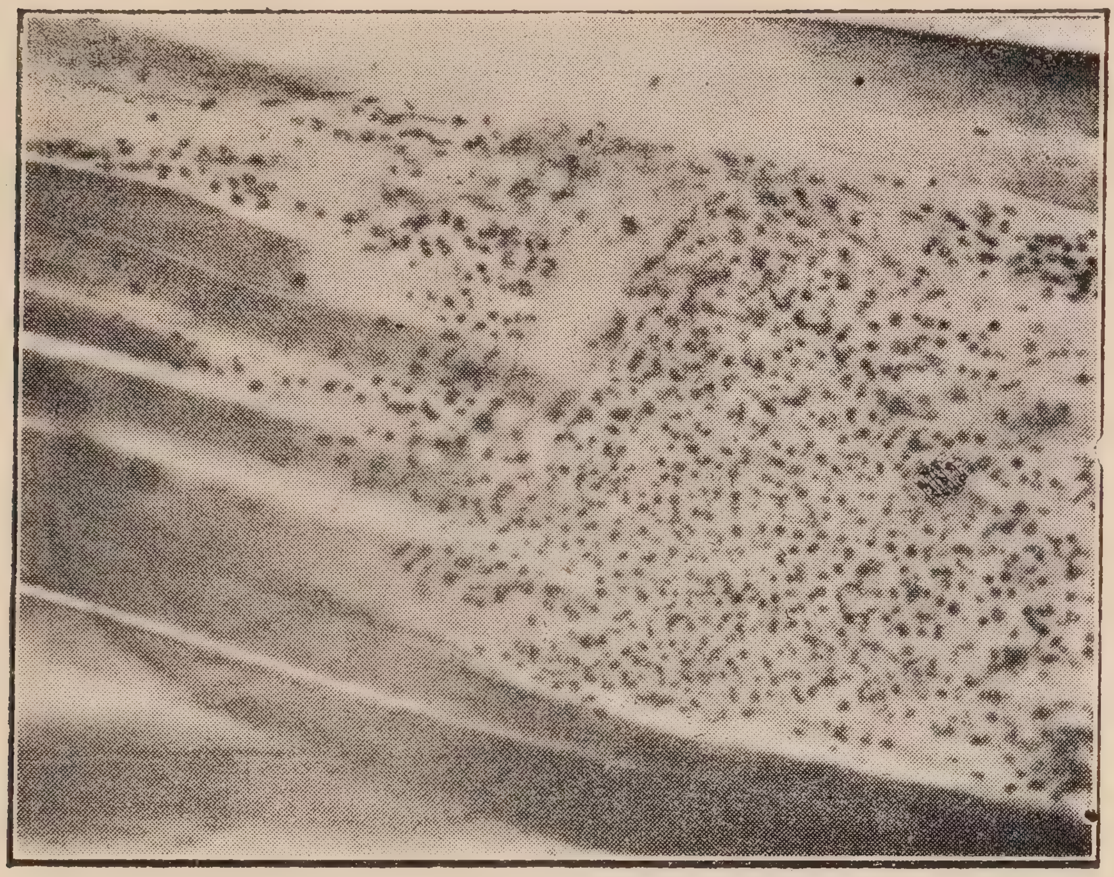


شكل (٢)

التولد فى الخلايا زى البشرية ولم أعثر على خلايا يوسينوفيلية ولم أجد الا القليل من كرات هسال وهذه كانت منتفخة وفى حالة تحلل . ولم تكن الاوعية الشعرية كثيرة الانتشار ثم أنها مبطنة بخلايا أندوثيلية محكمة الاتصال . وبداخل الاوعية قليل من الخلايا اللمفاوية ثم أنه يلاحظ حول بعضها فراغ مملوء بخلايا لمفاوية ومبطنة من الخارج بغشاء واضح من الخلايا الاندوثيلية

العضلات — لم أعثر على شىء غير طبيعى فى عضلة الحجاج العينية ولا فى العضلة المضغية ولا فى القلب . ولكن فى الحجاب الحاجز كثيراً من بؤرات ارتشاح من خلايا لمفاوية موجودة ما بين الليفات العضلية وقد يشاهد فى بعض هذه البؤرات وعاء دموى قد ملأ الفراغ المحيط به بالخلايا اللمفاوية ويمكن تعقب هذا الارتشاح اللمفاوى الى مسافة بعيدة عن مركز البؤرة فى

القطـاعات الطولية للوعاء (شكل ٣) وتختلف البؤرات اللمفاوية فى الحجم



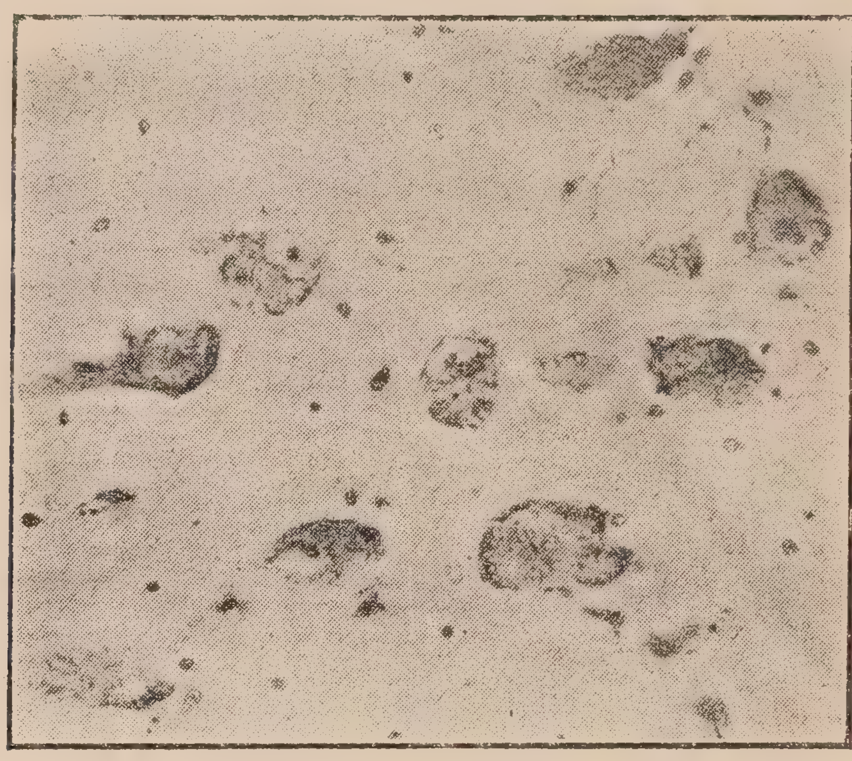
شكل (٣)

فالكبيرة منها تزحزح الايفات العضلية ولكنها لا تتخللها فان الايفات العضلية سليمة فى كل القطاعات التى فحصتها

وقد صبغت أطراف الاعصاب فى العضلة المضغية وكذلك فى الحجاجية العينية بواسطة زرقة المتيل (intra vitam) بطريقة دوجيل فكان مظهر العضـلات والأهداب العصبية وأطرافها طبيعياً ويلاحظ هنا أن نجاح هذه الصبغة دليل على أن الانسجة كانت طازجة وأن الجهازالعصبى وضع فى السائل المثبت قبل أن يحصل فيه أى تحلل ذاتى وهذه الحقيقة ذات أهمية عظمى عند مشاهدة الخلايا بصبغة شارلاخ كما سيأتى

الجهاز العصبى الرئيسى — بصبغ قشرة المخ بطريقة نسل وكذا بالتلويدين الأزرق والايوسين ظهر فى خلايا جميع طبقات القشرة نقص فى المادة الباسوفيلية فان انصباغ الخلايا خفيف وحبيبات نسل قليلة خصوصاً حول النوايا ولكن النواة كانت فى معظم الاحوال باقيـة فى وسط الخلية أى حافظة موضعها

الوسطى (شكل ٤) وقد تشاهد أحياناً خلية أو خليتان من النيوروجليا



شكل (٤)

بجانب خلية عصبية ولكن لم يكن هناك تزايد واضح فى النيوروجليا وباستعمال صبغة شارلاخ لاحظت حبيبات من أصل دهنى (Lipoid) منتشرة انتشاراً غير متساو فى طبقات قشرة المخ المختلفة فكانت موجودة بكثرة فى الطبقة الاولى (outer molecular layer) حيث ملأت الحبيبات كل الهولام تقريباً وأما فى خلايا بتز فهذه الحبيبات قليلة بالنسبة للاولى ولكنها أكثر منها فى الخلايا الهرمية فى الطبقات الاخرى وترى الحبيبات متجمعة فى كتلة واحدة من الكتلة الاصلية وتوجد الحبيبات أيضاً فيما حول الاوعية . واذا استعملنا صبغة زرقة المتيل اتخذت الحبيبات لونا أزرق قاتماً

السرير البصرى — تشاهد التغيرات التى ذكرتها آنفاً فى خلايا السرير البصرى الصغيرة منها والكبيرة المتعددة الاقطاب ولكن بدرجة أعظم مما هى فى القشرة المخية بل وأكثر من كل جزء امتحنته فى الجهاز العصبى الرئيسى فحبيبات نسل منعدمة تقريباً والهولام منفط والنواة منتفخة ومحيطية فى الوضع وبالخلية بقع فارغة كانت بها الحبيبات الدهنية (lipoid) وفضلا

عن ذلك يشاهد تزايد فى خلايا النيوروجليا واغارة بينة منها على الخلايا العصبية وباستعمال صبغة شارلاخ يلاحظ أن الحبيبات الدهنية تملأ حيزاً كبيراً من الخلية وقد تملأ الهولام كله فى بعض الاحيان قد يعترض البعض بان هذا ناشئ عن تحلل ذاتى حصل قبل ان يتمكن السائل المثبت من تخلل الطبقات العميقة فى المخ ولكن يرد على هذا الاعتراض بأن هذه الحبيبات الدهنية لم توجد فى أمخاخ من ماتوا من صدمة الفرقعة (Shell shock) واذا قيل بأنها ناشئة عن الاختناق السابق للموت لوجدنا هذه التغيرات منتشرة بدرجة متساوية فى جميع الجهاز العصبى الرئيسى وهذا لم يكن وفضلا عن ذلك فحيثما كثرت الحبيبات الدهنية كثرت التغيرات الحادثة فى حبيبات نسل واشتد التنفط فى الخلايا فى القطاعات التى استعمل فيها الزيلول ، كذلك توجد الحبيبات الدهنية فيما حول الاوعية صبغة ررقة المتيل تكسب الحبيبات لوناً أزرق قاتماً

فى نواة العصب الثالث تحلل بين فى حبيبات نسل حول نواة الخلية والخلايا منتفخة والنواة محيطية الموضع وقد نشاهد اغارة من النيوروجليا على الخلايا العصبية . وقد اظهرت صبغة شارلاخ تغيراً واضحاً فى الحبيبات الدهنية

وقد وجدت أمام نواة العصب الثالث فى وسط قطاع المخ الاوسط وفى ناحية من وعاء دموى كتلة متجانسة الاجزاء ربما كانت لمف متخثر وكتل صغيرة مثلها منتشرة فى المخ الاوسط على بعد من الكتلة الكبرى

وتوجد فى خلايا العصب الرابع مثل التغيرات التى وصفتها فى خلايا العصب الثالث الا أنها أقل منها شدة

ولم أر تغيراً باسوفيليا يذكر فى نواة العصب السابع على أننا نجد فى بعض الخلايا تحللا متفاوتاً فى حبيبات نسل وهذا أيضاً حال نوايا الاعصاب التاسع والعاشر والحادى عشر والثانى عشر

وأما النخاع الشوكى فان بخلايا القرن الامامى نقص فى المادة الباسوفيلية قليل جداً على أن ببعض الخلايا تحلل بين فى مادة نسل مع انتفاخ وتنفط فى

الخلية وانحراف فى نواتها الى جهة المحيط ومع ذلك يشاهد تحلل واضح فى مادة نسل فى خلايا القرن الخلفى وباستعمال صفة شارلاخ نرى فى خلايا القرن الامامى أن الحبيبات الدهنية متجمعة فى كتل ظاهرة فى ناحية بجوار نواة الخلية ولو أمكن رؤية بعض حبيبات نسل قرب محيط الخلية

وعلى العموم يمكننا أن نقول أن هناك تناسباً طردياً بين التغير الدهنى والانحلال الباسوفيلى ففى المواضيع التى تكثر فيها احداهما تشتد فيها الاخرى

المخيخ — لاحظت أن خلايا بركنجى منتفخة نوعاً وبها نقص فى المادة الباسوفيلية خصوصاً حول النواة

ثم وجدت احتقانا عاماً بكل أجزاء الجهاز العصبى الرئيسى ولكن لم أجد أى نزيف ولم أر كذلك بؤرات ارتشاح خلايا لمفاوية

ويمكننا الاستنتاج الآن أن هناك نقصاً عاماً فى المادة الباسوفيلية كما أن هناك تغيراً دهنياً عاماً منتشراً فى الجهاز العصبى

ملاحظات

من وقت أن وجه فيجرت (Weigert) الانظار الى وجود ارتشاحات خلوية فى العضلات فى الكلل العضلى الخطير واعتبرها انتقالات مما سماه لمفوساركوما فى التيموس شاهد كثير من البحاثين مثل تلك الارتشاحات الا أنهم لم يعللوا وجودها كما عللها فيجرت وأخص بالذكر بزارد (Buzzard)[1] الذى فحص عدة حالات فحصاً دقيقاً ووصف هذه الارتشاحات بالتفصيل وقد وجدها فى أعضاء أخرى غير العضلات على أنه لا ينسب أعراض المرض الى تأثير الارتشاحات المباشر ولكنه أخبر أنها هيئة تشريحية لازمة لهذا الداء وفعلا فهى مذكورة فى أغلب الحالات التى كتب عنها حديثاً . على انى فى هذه الحالة لم أجد الارتشاحات الا فى الحجاب الحاجز وقد وجدت العضلات نفسها سليمة فى عدد عظيم من الحالات المدونة وما شوهد من العضلات فى حالة تحلل لم يكن

الا قليلا جداً بالنسبة الى العضلات التى أثبت الفحص الاكلينيكى اصابتها يستثنى من ذلك طبعـاً ما كان به ضمور ظاهر وحتى فى هذه الحالة لم يشمل التحليل الا كمية قليلة من ليفات العضل وهنا يجدر بنا أن نذكر أن اعتبار الارتشاحات اللمفاوية ناشئة عن التيموس بعيد الاحتمال جداً وذلك لانه لم يكن بالتيموس أى تغير فى كثير من الحالات التى وجدت فيها الارتشاحات

قبل سنة ١٩٠١ لم تذكر تغيرات بالتيموس فى البيانات التشريحية التى راجعها كامبل وبراموبل [٢] (Campell & Bramwell) ولكن من ذلك الوقت كثرت المشاهدات عن التغيرات الباثولوجية المكتشفة فى التيموس وقد رتبت على ثلاثة أنواع (١) تضخم بسيط (٢) تضخم مع تغيرات تحليلية تكاثرية (٣) أورام

وفى سـنة ١٩١٧ جمع بل [٥] (Bell) ٥٦ بيان صفات تشريحية نشرت بعد سنة ١٩٠١ فكان فى ٢٧ حالة منها تغيرات فى التيموس ١٠ من هذه كانت من نوع الاورام فى موضع التيموس وكانت الحالة التى وصفها بل نفسه، وأسماها تيموما غير خبيثـة (Benign Thymoma) مكونة من أنسجة التيموس الموجودة فى الجنين وقد وجد بل أن وصف أربعة من الاورام العشرة المتقدم ذكرها يتفق مع ما وصفه هو فى حالته ويمكن أيضاً مع بعض التعديل ضم غير هذه الاربعة الى التيموما الغير خبيثة كما سماها بل وقد أخبر بل أن هذا النوع من الورم يظهر أنه خاص بالكلال العضلى الخطير ولا يرى فى مرض غيره والتيموس التى وصفتها هنا تشبه من أغلب الوجوه تلك التى وصفها بل

الجهاز العصبى فى بيانات الصفات التشريحية المنشورة الى الآن — ذكر الجهاز العصبى سليما فى عدد عظيم من الحالات والآفات الكثيرة الذكر هى أنزفة فى مواضع مختلفة من الجهاز العصبى الرئيسى وقد اعتبرت هذه ناشئة عن حالة النزع ومن الآفات الاقل حدوثاً التى ذكرها بحاثون مختلفون نجد مخالفـات

للطبيعة فى الجهاز العصبى الرئيسى وفى أعصاب الرأس [٦] وتحلل فى ليفات واحد أو أكثر من أعصاب الرأس وكتل متجانسة (ربما كانت لمف متخثر) وارتشاحات خلايا لمفاوية فى البصلة [٧] وفى عقد الجذور الخلفية [١] وقد ذكر كاليشر (Kaliecher) فى حالة لم يكن تشخيصها مؤكداً تحللا ممتداً فى جميع خلايا الحركة من أول نواة العصب الثالث الى قسم العجز [٢] ووصف فيدال ومرنيسكو ومرى وجوثرى لـكلارك وسافرنات (Widal and Marinesco Murri, Guthrie, Leclerc and Savornat) تحلل حبيبات نسل فى نوايا البصلة [٨]

التعليل المرضى (**Pathogenesis**)

لقـد تعددت النظريات التى اجتهد أصحابها أن يعللوا بها أعراض الـكلال العضلى الخطير فقد اعتبرها ابنهيم (oppenheim) حالة عصبية (neurosis) مسترسلة قتالة [-] ولكن وجود التغيرات الباثولوجيـة يضطرنا لاهمال هذه النظرية وكذلك أهملت نظرية كولينز (Collins) السمبتاوية كما أهمل غيرها

وقد اقترح بزارد امكان تعليل ظواهر الـكلال الاكلينيكية بنقص فى وظيفة عنصر السركوبلازم اذا قورن بالعنصر الليفى فى العضلات ينتج عنـه صعوبة قيام العنصر الاخير بوظيفته ولذلك فانه يهبط بسرعة كلما نبه سواء أكان التنبيه من جهة الادارة أم أستعمال تيار فاراد (Faradic) ثم أعقبـه كنوبلاوخ (Knoblauch) الذى عزى التفاعل المياستينى (Myasthenic reaction) الى تزايد فى ليفات العضل البيضاء على حساب الليفات الحمراء وبذلك أوجد تقارناً بين الـكلال العضلى الخطير وداء تومسن (Thomsens disease)

وجاء مارينسكو (Marinesco) ووضع نظرية التأكسد الغير كامل الذى ينتج عنه تجمع بقايا لم يتم تأكسدها فى الدورة الدموية ويتسبب عن ذلك تغير كيماوى فى تركيب العضلات

على أن الفكرة السائدة الآن هى أن سبب الكلل العضلى الخطير الاصلى هو تسمم (toxin) وقد يكون التسمم داخلياً أو خارجياً وبما أنه قد شوهد حدوث هذا المرض عقب بتيولزم (Botulism) وعقب أخذ أملاح البريوم وبعد استنشاق أبخرة البترول وغاز الكلورين وغازات الحرب السامة وعقب بعض الامراض المعدية يحق لنا أن نستنتج امكان تسبب المرض عن تسمم خارجى ثم أن الحالات التى ليس لها سبب خارجى ظاهر تنسب الى تسمم داخلى ناشىء عن انقلاب التوازن الطبيعى بين افرازات الغدد الداخلية ويؤثر تأثيراً سيئاً فى وظائف العضلات وبهذه المناسبة نذكر أن كاوفمان (Kauffmaun) نسب الداء الى نقص فى وظيفة الكبد وأرجعه شفوستيك (Chvostek) الى زيادة فى افراز الغدة جانب الدرقية (Parathyroid) وفى الواقع فقد نسب بحاثون مختلفون المرض الى غدة أو أكثر من الغدد الداخلية منها التيموس وجانب الدرقية والفوق الكلا والنخامية والدرقية

على أن التفاعل المياستينى الكهربائى (Myas thenic electrical reaction) الذى به تتأثر العضلات تأثراً جيداً للتيار الكهربائى المستمر (galvanic) بعد أن تنهك من تأثير تيار فراد يدعونا الى الاعتقاد بأن منشأ الكلل لم يكن فى العضلة أو على الاقل ليس بها وحدها ولا يحتمل أن يكون مصدر الكلل فى الليفات العصبية لانها غير قابلة للكلل خصوصاً وأن الابحاث الباثولوجية لم تثبت وجود تغير فى الاعصاب وعلى ذلك فقد يكون الكلل فى أطراف الاعصاب وقد نجد مشجعاً على هذا التقدير ما ورد عن جرن (gruun) من أنه وجد تفاعل جولى (Jolly) فى ضفدعة عقب حقنها باليوهمبين[٨] المعروف بأنه يشل أطراف الاعصاب فى الضفادع[٩] على أن هذا لا يمنع اشتراك الجهاز العصبى الرئيسى أو كونه السبب الاولى فى ظهور الكلل العضلى المشاهد فى حركات المرضى الاختيارية وفى الواقع فان التغيرات التي وصفتها فى الجهاز

العصبى فى هذه الحالة لما يؤيد مثل هذا الاحتمال لاننـا لو اعتبرنا أن المادة الباسوفيلية هى مادة النشاط أو الطاقة فى الخلايا العصبية فنقصانها يدعو الى سرعة نفاذ النشاط العصبى وهذا يفسر سرعة الكلال الخاص بمياستينا وكذلك يمكن تعليل الرخاوة العضلية (hypotonia) المشاهدة فى كثير من الحالات بمثل التغيرات التى سبق وصفها فى المخيخ وهنا أثبت أن سترمبل Strümpell لم يكن بعيداً عن الصواب حين قال « انه لا توجد أى حالة بها أعراض تشير الى جهة ما غير الجهاز العصبى للحركة »

ثم أن وجود الحبيبات الدهنية الاصل فى الخلايا العصبية دليل آخر على فتور فى وظيفة النيورون (Neurone) ناشىء عن عدم كفاية عمليات التأكسد

وقد استنتج بجينى (Beghini) من أبحاثه عن منشأ الحبيبات الدهنية انها فى خلايا أعصاب الشيوخ بقايا تصريف رجعى (regressive metabolism) (kalabolism) وأن عدم كفاية التأكسد والاحوال الباثولوجيـة التى يزيد فيها التصريف الهدمى على التصريف البنـائى (anabolism) تسبب وجود هذه الحبيبات وعلى ذلك فحدوثها قد يكون دليلا على نقص فى وظيفة التصريف البنائى (١)

وبناء على ما تقدم يمكننا القول أنه تحت تأثير تسمم ما تفتر عمليـات التأكسد فى الخلايا العصبية فلا يتكافأ التصريف البنائى والتصريف الهدمى أثناء قيام الخلايا بوظائفها ولذلك يحدث الـكلل بسرعة . ولـكن اذا أرحنا مجموعة من العضلات مدة وجيزة جداً بعد اتعابها يمكنها معاودة الحركة بمقدار حسن من القوة وقد يختلف بمقدار الفتور الوظيفى الناشىء عن عدم كفاية عمليات التأكسد وربما يزداد الفتور الى درجة الايقاف وبذلك يمكننا تعليل الشلل المؤقت وكذلك التحسن الذى نلاحظه فى سير هذا الداء

المراجع

(١) Buzzard, E.F. Brain, 1905, XXVIII, p 438

(٢) Campbell, H., and Bramwell, E., " Myasthenia gravis ", Brain, 1900, XXIII, p. 277

(٣) Buzzard, E., F., " Myasthenia gravis, " Allbut & Rolleston " System of Medecine ", VII, p 50

(٤) Mott, Sir F. W. " A 1 Introd 1 ction to Neuropathology ", Allbut & Rolles ton " System of Merdicine ", VII, p 285

(٥) Bell, E. T., "Tumours of the Thymus in myasthrinia gravis", J ourn, Neur, and Mental Dis., New York, 1917, XIV, pp. 130 — 143.

(٦) Oppenheim, " Text-book of Nervous Diseases ", 1911, ii, Art. " Myasthenia Gravis. "

(٧) Mendelbaum, F.S. and Cellar, H.L., "A Continuation to the Pathology of Myasthenia gravis, Report of Case with Unusual Thymic Tumours ", Journ. Experim. Med., New York, 1908, X, p. 308

(٨) " Myasthénie Paralytique, " Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, 1922, XXXII, pp. 402 — 431.

(٩) Cushny, " Phar macology and Therapeutiics or The Action of Drugs, 7th. Ed. , p. 456

(١٠) Mott, Sir Frederick, " Lipoid granules in the Cells and their Significance ", Arch. of Neur. & Psych. 1922, VIII, p. 8

حصوات الحالب

للدكتور على بك ابراهيم

معظم حصوات الحالب تتكون فى حوض الكلى وقد تسقط فى الحالب وتحجز فى احدى نقطه الضيقة ويندر جداً أن تتكون الحصوات فى نفس الحالب ولكن لا يبعد أنها تتكون عن تقرحات البلهارسيا أو أى تقرحات بسبب آخر كالاصابات ووجود الحصوات والاجسام الغريبة

هذه الحصوات قلما توجد فى الجانبين والحصاة تقف فى سيرها فى الحالب عند احدى ثلاث نقط فيها ضيق طبيعى (١) وهو الجزء الاول من الحالب عند نهاية حوض الكلى وهو يقابل النتوء المستعرض للفقرة الثانية القطنية — (٢) عند عرف الحوض الصغير (٣) الجزء الاخير من الحالب قرب فتحته للمثانة

فى ١٠٤ حالة شاهدتها وجدت بنفسى (٥) فى الجزء الأول وواحد فقط فى الجزء الثانى والباقى فى الجزء الأخير وفى حالة[1] كان جزء من الحصاة بارزاً من فتحة الحالب فى المثانة (واحد منهم الآن بالقصر العينى) هذه الحصوات تكون عادة ثابتة فى مواقفها وغير متحركة واذ كانت غير منحشرة وغير محدثة لانسداد تام فى الحالب (أى تسمح بمرور البول) ولكن الحالة تتغير وتصبح هذه الحصوات متحركة من أعلا الحالب لاسفله وبالعكس بمجرد حصول تمدد تابعى فى الحالب ولا يناسب فى كثير من الاحيان حجم الحصاة مع موقع الانحشار كثيراً ما تكون صغيرة وتنحشر فى الجزء العلوى وبالعكس من هذا ويتغير وضعها باختلاف وضع المريض (وجب ذلك للاحاطة عند عمل العملية)

هذه الحصوات عادة تكون منفردة وأحياناً متعددة وأكثر عدد ذكر (حادثة مرت على محمد على صالح من الفيوم) ٧٦ حصاه فى الجزء الأخير من

---

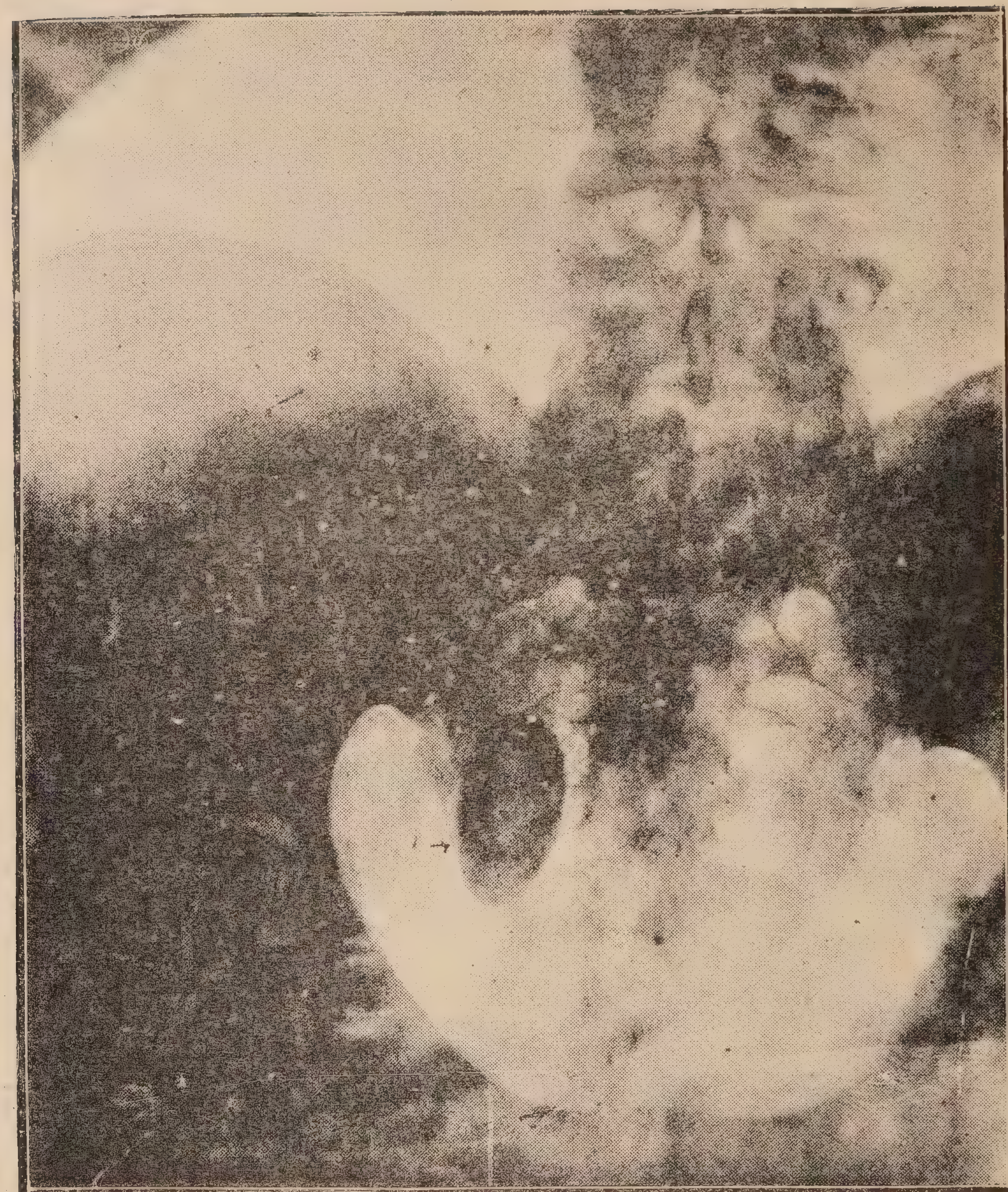
(١) اما يكون لخشونتها لوجود سبب غير طبيعى حائلا فى الحالب



شكل (١)

الحالب (انظر شكل ١) تشابه كثيراً صورة أشعة لامعاء مريض متعاطى البزموت وفى الاحوال التى تكون فيها الحصاة فردية تكون مستديرة أو مستطيلة على شكل نواة الزيتون وفى الحوادث التى تكون فيها الحصوات متعددة تكون ذات أسطحة

وأما من جهة الحجم فهى عادة صغيرة ولو أنه وجدت حصوات تزن أكثر من ٨٠٠ جم (انظر شكل ٢)



شكل (٢)

أما أنا فأكبر حصاة استخرجتها من (محمد على السواح) من ضباط الجيش المصرى وثانيتها فى الحجم من الشيخ الأتربى

وجود الحصوات زمناً كبيراً فى الحالب يحدث تمدداً فى قناته وسماكة فى جدره وتغيراً فى الكلى وهو التقيح الكلوى واستسقا الكلى كل ذلك معروف ومذكور ولكن أنا شاهدت زيادة عن ذلك أنه يحصل التهاب حول الحالب يجعله فى غاية الالتصاق بالاجزاء المجاورة حتى أنه يصبح من

المستحيل تقريباً أثناء العملية الجراحية تحويل الحالب عن موقعه أو اخراجه خارج الجرح كما يحصل فى أغلب الاحوال العادية

الاعراض : مغص كلوى لا يختلف كثيراً أو قليلا عن المغص الكلوى الناشىء عن حصوات الكلى ولو أن فلسفة بعض الكتاب قررت أنه يبتدىء من موقع انحشار الحصاة ويستمر الى أسفل سيرها فى الحالب والآخر قرر نقطة مؤلمة فى موقع انحشار الحصاه ولكنى أقرر أن فى كل حالاتى لم أجد شيئا من هذا فان النقط المؤلمة هى دائما الكلى و نقط الحالب عند حافة الحوض الصغير — ونوب المغص تكون شديدة ومتكررة فى مسافات متقاربة أو متباعدة حتى تسقط الحصاة فى المثانة وحينئذ توجد علامات تهيج المثانة حتى تمر الحصاة مع التبول

البول غالباً حمضى ويحتوى على كريات دموية وأحياناً يوجد بول دموى بكثرة ودائما يحتوى على صديد

السير والانذار: الاحتباس البولى التام — تقيح الكلى الكيس المائى للكلى

التشخيص — الجس — يندر أن يتمكن الطبيب بالاحساس بالحصاة فى أى نقطة من انحباسها فى سيرها فى الحالب، ولكنه غالباً يشعر بنقطة مؤلمة فى محلها وفى الجهة اليمنى تتشابه كثيراً فى أحوال التهاب الاعور (والحالة الوحيدة التى شخصت فى مستشفى قصر العينى عمل فتح البطن للزائدة الدودية فوجدت حصاة متحركة فى الحالب) أما فى الجزء الاخير من الحالب فانه يمكن الاحساس بها بسهولة

المنظار المثانى وقسطرة الحالب — اذا وجد احتباس تام فان فتحة الحالب تبقى مفتوحة ومتمددة ولا تنقبض مع الدفع بل يسيل منها البول سيلاناً خفيفاً واذا كانت الحصاة قريبة من جهة المثانة فانه يحدث نتوء أو ورم أعلا فتحة الحالب يكون بارزاً فى المثانة واذا خرج منها جزء فى المثانة فانه يشاهد جزء

الحصاة البارز فى المثـانة أما فيما عدا ذلك فلا يختلف المنظر عن حصاة الكلى أعنى احتقان والتهاب حول فتحة الحالب مع دفع دموى أو صديدى عند خروج البول من الفتحة اما قسطرة الحالب فليست بمفردها طريقة أكيدة لتشخيص المرض اذ فى أحوال مرضـية أخرى تقف القسطرة بسبب ضيق الحالب أو البلهارسيا أو ثنية من الغشاء المخاطى ضيقة أو اعوجاج حاد فى الحالب الخ وفى حالة وجود حصاة يمكن أنها تمر بجانبها أو فى وسطها (سيدة مررت لها قسطرة فعملت قناة فى حصاة هشة وأعقبها نزول بول غزير وبعد مضى ثلاثة شهور من مرور القسطرة نزل عدد كبير من الحصوات اثناء التبول العادى)

هذه السيدة استئصل لها فيما بعد الكلى اليمنى بالحصاة فيهـا شكل مرور القسطرة

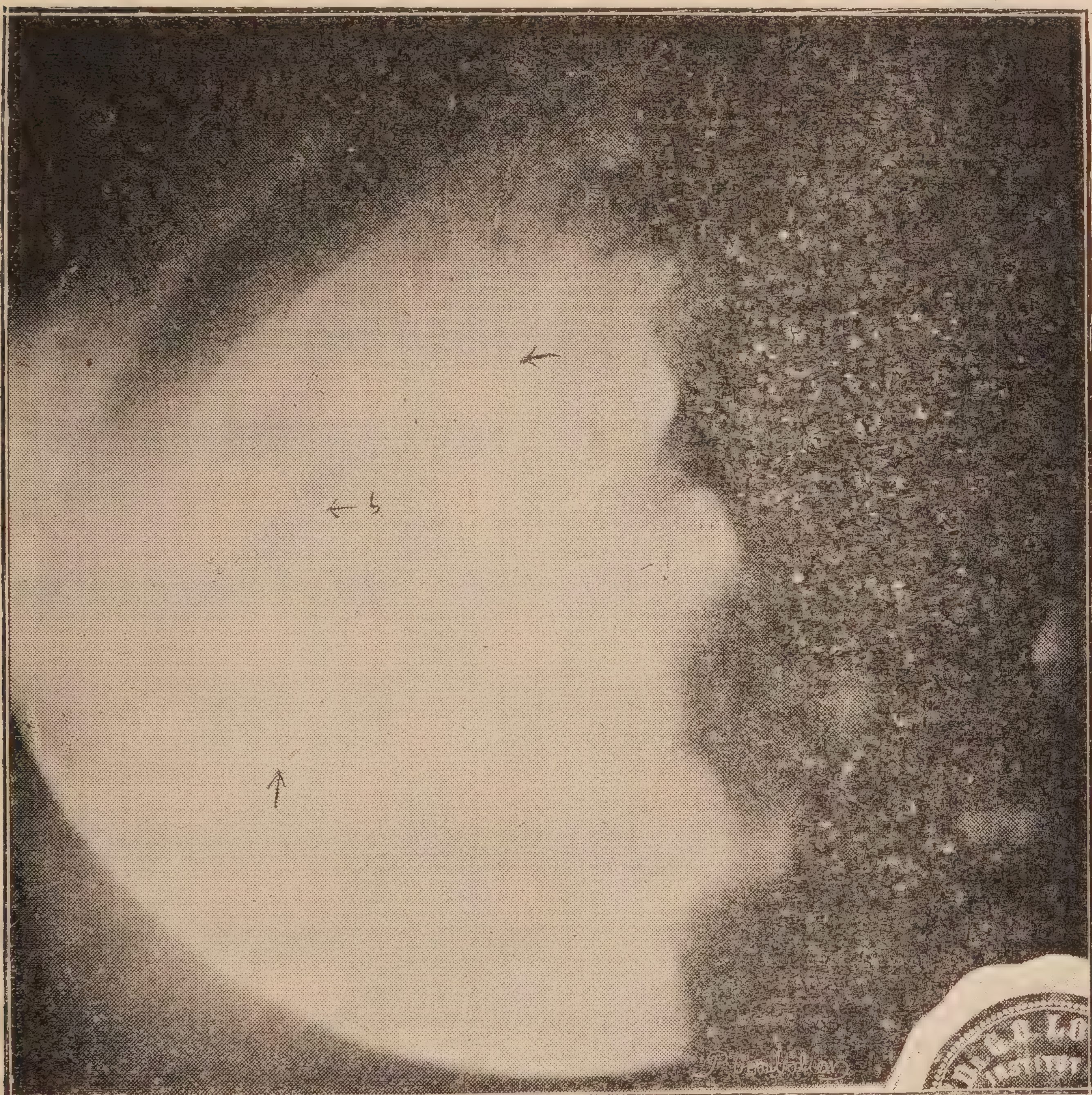
الاشعة مهمة جداً ويلزم فحص كل الجهاز البولى اذ فحص الكلى فقط لا يكفى ويلزم فحص الحالبين والمثـانة والحصاة تظهر كثيرة الوضوح ولكن اوجه الخطأ كثيرة جداً

الجزء العلوى تنشأ به كثيراً حصوات الكلى ولا تنسى أن الحالب فى جزئه العلوى خلف الكلى واذا تمددت قليلا فانها يقع ظل الحصوة داخل منسوج الكلى (الحالة التى فيها حصـاتين وتقرير الدكتور لوتسى مع أنه خبير جداً وأكد أنها فى الكلى ولا يمكن أن تكون فى الحالب وجدت فى الحالب وأدركت ذلك حالا بمجرد الشق على الكلى لما وجد فيها تمدد مائى) (شكل ٣)

فى الجزء المتوسط تتشابه كثيراً بالعقـد المتحجرة وانسداد الاوردة أو المواد البرازية المتحجرة كلها يسهل معرفتها بواسطة تغير اتجاه الاشعة —

فى الجزء الاخير الحالة أصعب بكثير فان معظم ظل الاشعة يقع على معظم العجز وهنا الحصاوات الغير كثيفة تضيع فى كثافة العظم ويلزم هنا عند ما يكون العلامات الاكلينكية كافية أن يغير اتجاه الاشعة حتى يقع هذا الظل

خارج العجز وبذلك تظهر الحصاة (حالة ابن عرفان باشا سيف النصر مدة سنين يشتكى بمغص كاوى مع وجود قيح كثير فى البول وعملت له الاشعة جملة مرات فكانت النتيجة دائما سالبة وفى الحالة الاخيرة ظهرت موجبة



شكل (٣)

أخيراً حقن مادة لا تنفذ فيها الاشعة Collargol لا تفيد كثيراً فى التشخيص الا من جهة واحدة وهى رسم حوض الكلى pyogrophy وهى مفيدة جداً لاثبات التغيرات الثانوية التى طرأت على الكلى ومعرفة سلامتها

العلاج — العملية محتمة الا فى الاحوال التى تكون فيها الحصاة حديثة وصغيرة الحجم ويكون عند المريض سابقة خروج حصوات — والعلاج

بمدرات البول مضرجداً كذلك محلات الاستشفاء لانها تساعد على الانحباس التام للحصاة ولا تفيد كثيراً فى اخراجها

أما العلاج المفيد حقيقة فهى مضادات التشنج العضلى (البنج والبلادونا وبذر الخلة (هنا بذر الخلة مفيد جداً وهو مضاد للتشنج بل مشل للعضلات الغير ارادية كعضلات الحالب ويؤخذ منه من البذر ملو معلقة قهوة تغلى فى ملو كوبة ماء حتى تقصر النصف ويؤخذ فى الصبح على الريق والمساء عند النوم ثلاث أيام كل اسبوعين ولكن لا يلزم استعمال هذا العلاج أو الاستمرار فيه فى الحالات الغير معقولة أى ان تكون الحصاة كبيرة أو مضى عليها كثير من الزمن ويلزم التفكير حالا فى العملية بمجرد حصول تغيرات فى الكلى (أى تقيح أو تمدد أو احتباس بولى تام)

فى ١٠٤ — ٣٦ عملت لهم العملية الجراحية ١٨ نزلت الحصاه بالعلاج ٥٠ رفضوا العملية بعضهم يتردد على للآن والحصاة لاتزال موجودة عندهم

العلاج الميكانيكى ليس لى خبرة فيه بالمرة ولم استعمل حقن زيت داخل الحالب أو ادخال قسطرة طرفها قابل للنفخ والتمدد لتخرج الحصاة بعده حتى كنت أفيد حضراتكم عنه

العملية الجراحية من ٣٦ — ٣ فى الجزء العلوى وواحد عند حافة الحوض و٣٠ فى الجزء الاخير من الحالب و٢ عند فتحة الحالب فى المثانة

الجزء الاول الشق القطنى وعملية الكلى ويتبع الحالب لنقطة الحصاة

(٢) عند حافة الحوض — الشق يبدء أمام الشوكة الحرقفية العليا موازى لرباط بوبارت وازاحة البريتون والكشف عن الحالب عند تفرع الشريان الحرقفى الخ (٣) عند فتحة الحالب فى المثانة الشق فوق العانه واستخراج الحصاة —

الجزء الاخير من الحالب طرق الوصول لها اما من داخل أو خارج البريتون ولكن عمليات البريتون نتيجتها سيئة وخارج البريتون الشق عبارة عن العملية

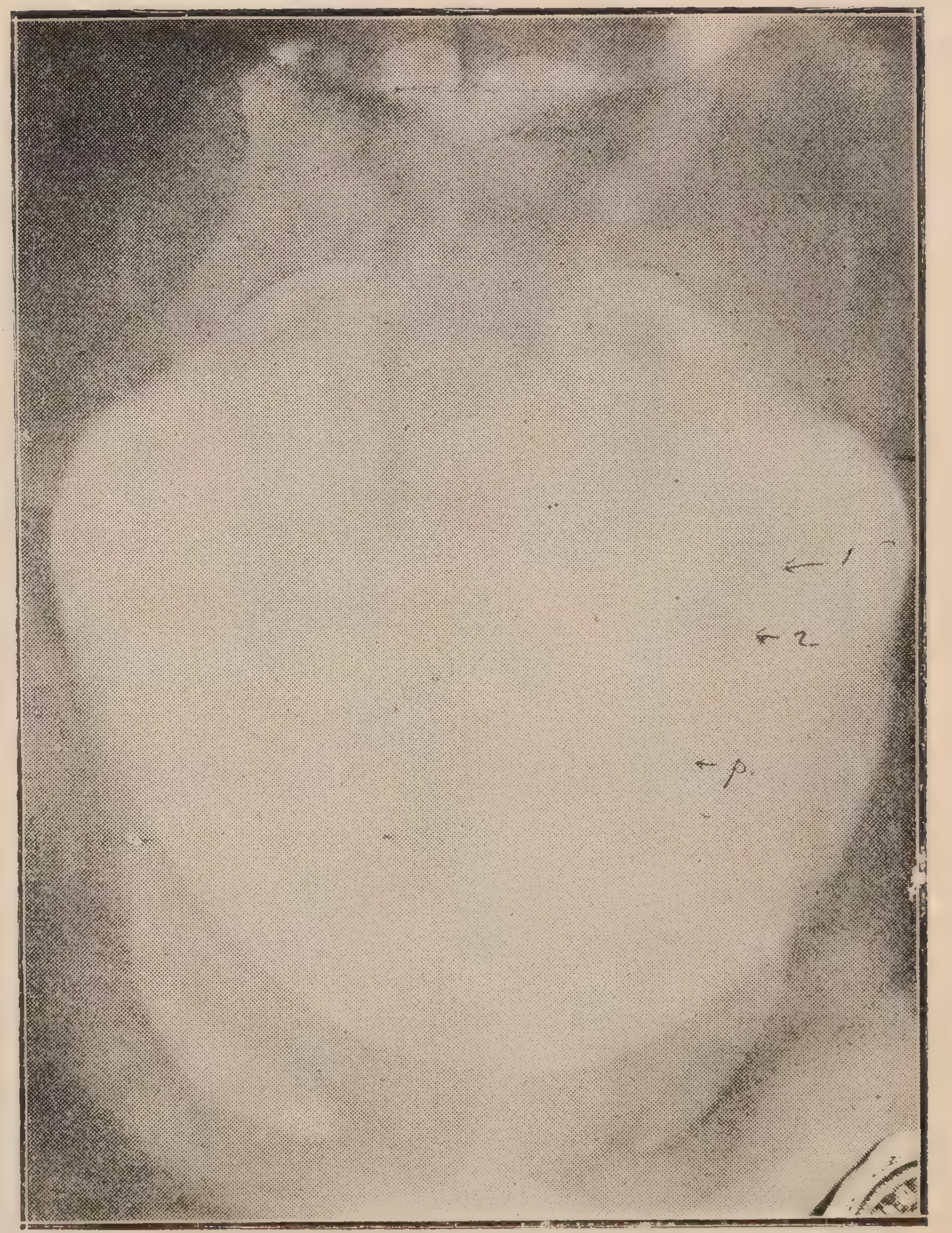
العادية لباسينى للفتق الاربى ويمكن توسيع الشق الى أعلا اذا لزم ذلك وفى هذه العملية يلزم تضحية Epigastric Artéry ولكن يجب أن يحافظ على الحبل المنوى الذى ربما يلتبس بالحالب

وقد نصح الاختصاصيون فى جراحه المجارى البولية بخياطة الحالب (بغرز لمبرت المزدوجة — Double Lembert Suture) بعد فتحه واستخراج الحصاه ويؤكدون أنه ان لم تعمل ذلك يحدث ناسور وأيضاً يوصى هؤلاء الجراحون بتشريح الحالب واخراجه خارج الجرح لانه لا يمكن تخييطه فى مكانه لئلا تعرض الشريان والوريد للأصابة ولكنى وجدت بتجاربى أنه لا داعى لهذين الامرين فتشريح الحالب فى كثير من الاحيان يكاد يكون أمراً مستحيلا لالتهاب الانسجة حوله وتليفها وكذلك لا داعى لخياطة الحالب بعد اخراج الحصاه ومع ذلك فهذه الحالات تشفى بالقصد الاول مع الدرنقة ٢٤ ساعة بعد العملية للاحتياط

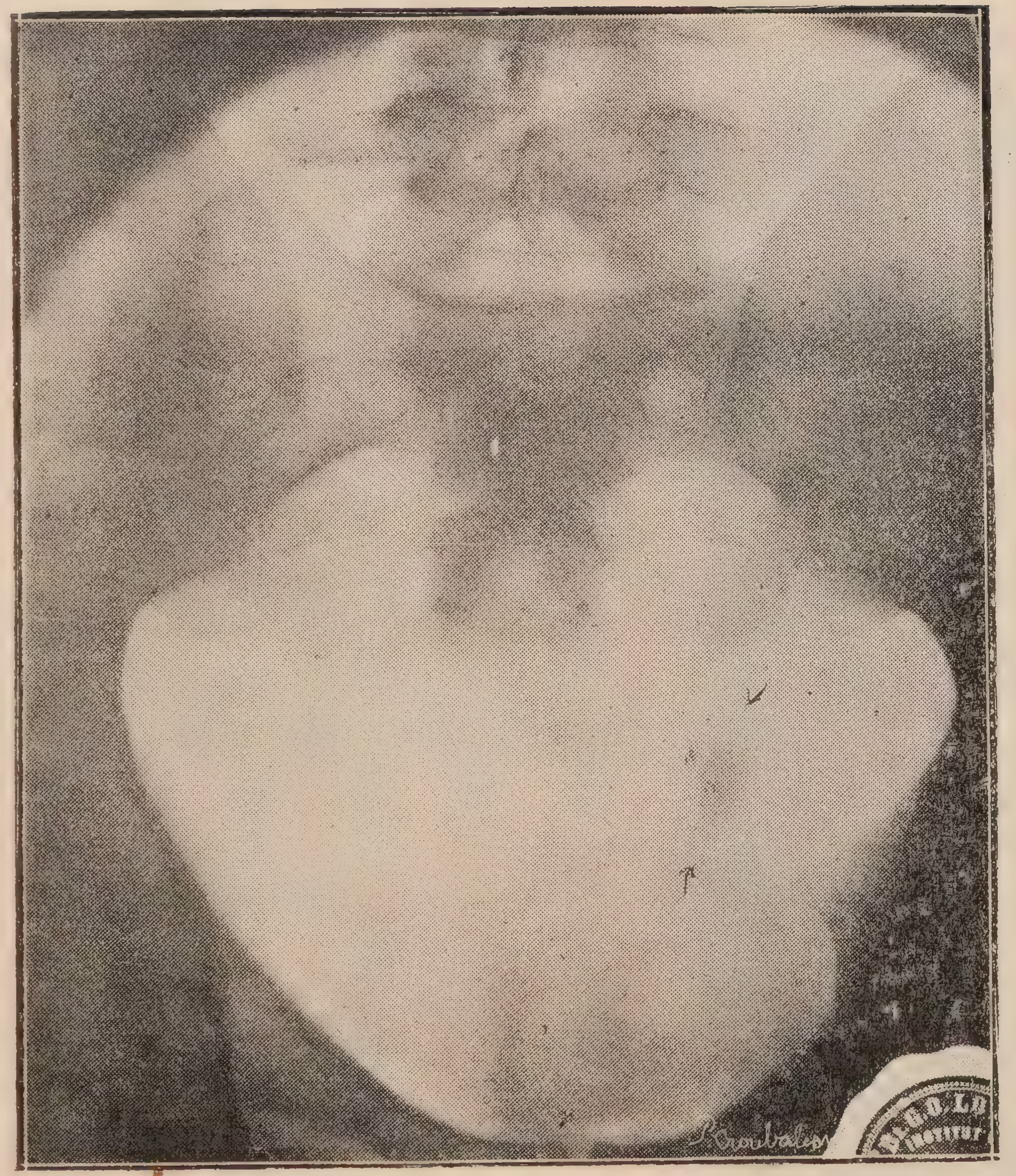
ولا يعرف بالضبط لماذا يهتم جراحو المجارى البولية بخياطة الحالب بعد العملية لان شق المثانة الذى هو أكثر من شق الحالب يترك جزء منه بلاخياطة ويلتحم بدون نتائج سيئة وفى جميع الحالات التى عملتها لم تحدث ناسوراً الا فى واحدة وكان ابن طبيب وذلك كانت نتيجة خوفى على الطفل فتركت أنبوبة الدرنقة زمناً طويلا لحدث الناسور

أما تشريح الحالب فضرره ينتج من أن الحالب يستمد بعض الدم للتغذية من الاوعية الملتصقة بجدره فاذا شرحته اضررت به

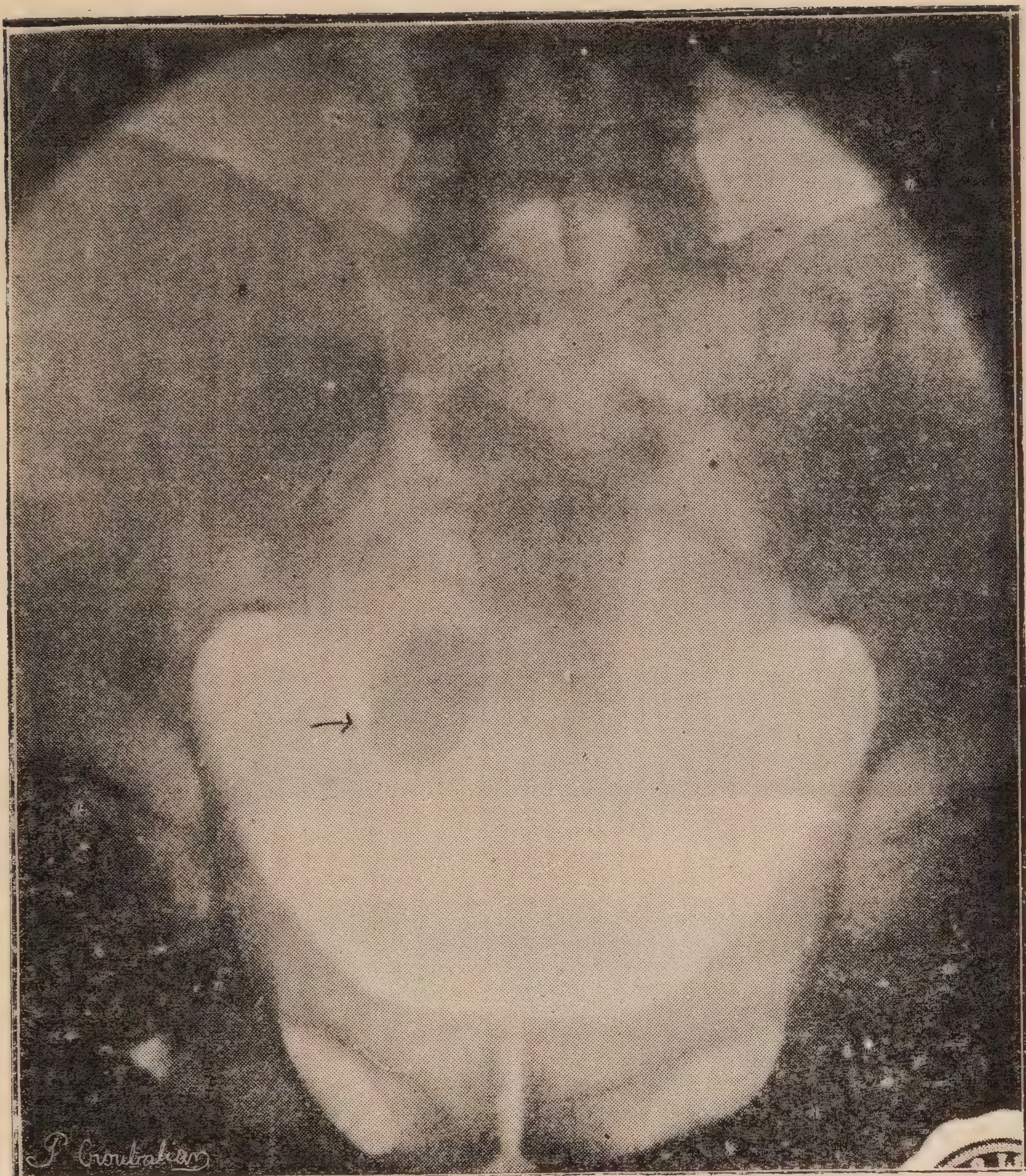
هناك طرق أخرى للوصول للحالب ولكن نتائجها غير طيبة واذا عملت العملية من داخل البريتون تعرض هذا للالتهاب وطريق المهبل عند السيدات وطريق المستقيم عند الرجال يعرضان الانسجة للعدوى



(حصوات صغيرة فى الجزء الاخير من الحالب)



(حصاة كبيرة فى الجزء الاخير من الحالب)



(حصاة كبيرة الحجم فى الحالب)

نفشر هنا محضر الجلسة الحادية والخمسين لعلاقته بمقال حصوات الحالب

اجتمعت الجمعية الطبيـة المصرية بدار المجمع العلمى المصرى بوزارة الاشغال فى الساعة العاشرة من صباح الجمعة ١٥ مايو سنة ٩٢٥ برئاسة الدكتور اسماعيل بك رشدى و بعد افتتاح الجلسة قام الدكتور على بك ابراهيم فألقى محاضرته على حصوات الحـالب وعرض على الحضور مجموعة كبيرة من صور

أشعة مأخوذة عن حصوات الحالب يظهر ببعضها حصوات صغيرة جداً وأخرى بها حصوات كبيرة الحجم وواحدة بها ٧٦ حصاة فى الحالب الذى ظهر متمدداً حتى ظهر لاول وهلة كانه القولون النازل مملوءاً غذاء اختياريا من أملاح البزموت وقد وصف طريقة خاصة لاستخراج الحصاة من الجزء الاخير من الحالب اتبعها فى كثير من حالاته وأتت بنتائج هى غاية ما يرجى من النجاح وقد لفت نظر حضرات الاعضاء بصفة خاصة الى أنه لا يخيط جدر الحالب بعد استخراج الحصاة منه كما يشير به جميع الاخصائيين فى المجارى البولية من الاجانب ولم يحدث فيها ناصور بولى الا فى حالة واحدة من ٣٦

بعد ذلك قام الرئيس وشكر حضرة المحاضر على محاضرته القيمة وفتح باب المناقشة فقام الدكتور محمد شرف وسأل بعد أن شكر المحاضر على محاضرته النفيسة عما اذا كانت الاعراض الناشئة عن وجود حصاة فى الجزء الاخير من الحالب تشابه أعراض حصاة الكلى تماماً كما ذكر المحاضر خلافاً لما هو مدون فى كتب الجراحة فأيد المحاضر هذه الملاحظة التى شاهدها فى أحوال متعددة لا سيما أن أكثر الحصوات فى مصر هى فى جزء الحالب الاخير وهنا ذكر المحاضر أن الاحوال التى يصحب حصاة الحالب فيها تقيح تستمر الاعراض مدة طويلة بعد استخراج الحصاة وهى أعراض مغص كلوى حتى أن المريض كثيراً ما يظن أن الحصاة لا زالت فى مكانها ولم تستخرج ثم قام الدكتور نجيب بك محفوظ وأيد رأى المحاضر بذكر حالة سيدة استشارته عن أعراض فى الجهاز التناسلى ولكن ظهر من الفحص أن عندها حصاة فى الجزء الاخير من الحالب الايمن أمكن جسها بالفحص

وعند ما علمت السيدة بهذه الحالة ذهبت الى طبيب أجنبى استخرج لها الحصاة ولكن بعد العملية استمرت الاعراض كما كانت قبل العملية وعند اعادة فحصها ظهر أن هناك خراجا فى مكان الحصاة وأخيراً انفجر الخراج فى

المثانة وزالت الاعراض ثم قام الدكتور احمد شفيق وشكر المحاضر على محاضرته القيمة ونوه بفضل المحاضر فى هذا المضمار وذكر الاعضاء بمحاضراته السابقة فى حصوات الكلى وسبب تكون الحصاة وقال أن ابحاث المحاضر تجعله هو السابق الى ولوج هذا المضمار ونوه خاصة بملاحظاته عن بلهارسيا الحالب والاعراض الناشئة عنه التى تلتبس كثيراً بالحصوات . وهذه الابحاث لم تكن فقط أكلينيكية بل عززها بمجموعات كثيرة من البينات المحفوظة تمثل حالتها المرضية وقال أن الانجليز يشيدون بذكر كبرائهم ومكتشفيهم تقديرا لاعمالهم وهنا على بك ابرهيم له هذه المكانة الكبرى فى الملاحظات المبتكرة ولكننا يجب أن نعد أنفسنا مقصرين من هذه الوجهة ونرى الاميال متجهة الى أسناد الوظائف الكبرى لبعض الاجانب الذين لا يعلمون شيئاً يذكر عن الامراض الخاصة بمصر التى تختلف كثيرا عما يشاهد فى الممالك الاجنبية مما يكون من نتائجه تثبيط الهمم وقتل روح البحث والنشاط

فقام المحاضر وبدأ بقوله ان الدكتور شفيق صديق له وبذلك فهو يبالغ فى مدحه وذكر للحاضرين أن الطبيب فائدته خاصة لمرضاه ما دام لا يهتم بالبحث ونشر معلوماته وهما الامران اللذان لو وفاهما حقهما لكانت الفائدة العامة أكثر من ذلك وهو يحض الزملاء على درس الامراض المصرية فى بلادنا مذكراً اياهم بأن الامراض الاوروبية نفسها تأخذ شكلا خاصاً مخالفاً فى بعض الوجوه الشكل الاصلى اذا دخلت البلاد المصرية وذكر على سبيل المثال التيفود والسل فى مصر مقارناً اياها بهذه الامراض فى الخارج وقال ان مصر ذات موضع ممتاز فهى تجمع بين أمراض ثلاث قارات أوروبا وآسيا وأفريقيا ولذلك فهى خير مكان لدرس الطب ولو عنى ولاة الامور بايجاد المعامل الفنية المجهزة على النمط الحديث وتشجيع الباحثين على القيام بعملهم لما احتجنا لارسال أبنائنا الى الخارج للتخصص فى فروع الطب ولهرع الينا كثيرون من الممالك

الاخرى طلباً للعلم والاستفادة

ثم قام الدكتور خليل وسأل المحاضر عن نقطتين أولاهما عن رأيه فى أسباب تكون حصوات الحالب والاخرى عن نتيجة العمليات التى قام بها ثم لفت نظر الزملاء الى قيمة المحاضرة النفيسة التى القاها المحاضر والتى تعد من أثمن المحاضرات التى تلقى فى أهم البلدان الاوربية وحث الحاضرين على نشر مثل هذه الملاحظات ليس فى مصر فقط بل فى الخارج أيضاً وعطف على أنه يلاحظ أن كبار الاطباء لا يحضرون المحاضرات التى تلقى أمام الجمعية الطبية اذا كان المحاضر من صغار الاطباء مع أن هؤلاء يجب تشجيعهم للاكثار من الابحاث والملاحظات وهم لا يلبثون أن يأتوا بالابحاث القيمة فاننا فى مصر فى موقف شاذ فنحن نقدر اعمال زملائنا الاجانب بما نشاهده ونقرأه فى المجلات الافرنكية ولكن لو رجعنا الى أوائل عهد تلك المجلات والجمعيات العلمية فى الخارج لوجدنا أن ما كان يقال فيها لا يختلف كثيراً عما يقوله صغار أطبائنا الآن .

ثم قام المحاضر وقال أن السبب المهم فى حصوات الحالب هو البلهارسيا وأنه يقول أن بين الستة وثلاثين عملية التى قام بها لم يصادفه وفاة أبداً ولكن ذلك لا يمكن أخذه كمقياس لنتائج هذه العملية

ثم رفعت الجلسة فى الساعة الثانية عشر ظهراً السكرتير

التلقين الدموى

للدكتور محمد بك عبد الحميد

جاء فى كتب اللغة « تعنه الكلام فهمه اياه وقال له من فمه مشافهة . وربما استعملِ التلقين بمعنى الاملاء وهو أن يقول الرجلِ فيكتب عنه » فكأن

التلقين املاء أو اعطاء من جهة وأخذ من الجهة الاخرى ، وهذا ماحدا بى ، لاستعمال هذه الكلمة بطريق التوسع لنقل الدم من شخص يعطى أو يجود ببعض دمه ، ويسمى بالجواد ، الى شخص يأخذ أو يتلقى هذا الدم ، ويسمى بالمتلقى [1]

وقد استعمل الجراحون هذه الطريقة سابقاً وعدلوا عنها لأنها لم تأت الا بنجاح قليل . هذا الى أنها قد تحدث طوارئ قد لا تحمد عقباها . وليس غريباً أن تفشل هذه الطريقة وقد استعملت بغير اختبار دم الجواد ، وهو الشخص الذى يجود ببعض دمه ، وبغير اختبار دم المصاب الذى سيلقن الدم ؛ فكان يعمل التلقين بغير أن يعرف ايتوافق الدمان أم يتباينان . لكن الطريقة قد بعثت حديثاً ، ولا سيما بعد الحرب الكبرى ، لانهم وجدوا أن زيادة حجم السائل الذى فى الدورة بالحقن بمحلول ملح الطعام أو محلول سكر العنب لا يكفى للتعويض عن الدم المفقود لعدم احتواء المحلول على كريات حمراء تقوم بوظيفتها فى الجسم وهى حمل الاكسجين

وسبب فشلها قديماً هو عدم معرفة القوم وقتئذ ، ان دم الشخص قد يباين أو يغاير دم الشخص الآخر ، وهذا مما يقتضى اختبار الدم قبل التلقين ، ويحدث التباين أو التغاير لسببين ، وهما :

(١) قد تتلبد الكريات الدموية الحمراء التى فى دم المريض أو تتلازن [2] وذلك التلبد أو التلازن يكون بمواد فى بلازما دم الجواد

---

(١) والتلقين الدموى هو بالفرنسية Transfusion sanguine وبالانكليزية Transfusion of blood . وقد ترجم المرحوم النجارى بك الكلمة الفرنسية بصفق الدم والصفق هى اللفظة التى اتبعها حضرة الزميل الدكتور محمد بك شرف فى قاموسه الذى تحت الطبع . وعلى أى اللفظتين اصطلح الاطباء سواء أكانت التلقين أم الصفق فان الاستعمال يصقلها ويؤدى بها المعنى المطلوب . والصفق لغة تحويل الشراب ممزوجاً

(٢) يقال تلبد الصوف ونحوه اذا تداخل ولزق بعضه ببعض . ويقال لزن القوم وتلازنوا اذا تزاحموا على البئر للاستسقاء حتى ضاقت بهم وعجزت وكذلك فى كل أمر وكلاهما ، هىنا ، لترجمة agglutination ومعناها تداخل الخلايا بعضها ببعض وتراكمها طوائف طوائف

(٢) وقد يحدث الانحلال الدموى الذاتى[1] فتنحل الكريات الدموية.

ولقد اتضح أن الاشخاص جميعاً أربع طوائف من حيث التلبد أو التلازن والانحلال كما يظهر من الجدول الآتى :

خلايا الجواد

عدد الاشخاص فى الطائفة	طائفة رقم ٤	طائفة رقم ٣	طائفة رقم ٢	طائفة رقم ١	مصل المتلقى أو المريض
١ = ٨ فى المائة	٥	٥	٥	٥	طائفة رقم ١
٢ = ٤٠ فى المائة	٥	×	٥	×	طائفة رقم ٢
٣ = ١٠	٥	٥	×	×	طائفة رقم ٣
٤ = ٤٢	٥	×	×	×	طائفة رقم ٤

× = تلبد أو تلازن ٥ = لا تلبد أو لا تلازن

من هذا الجدول يتضح لك أن الطائفة يمكن أن تتلقى الدم من أى طائفة أخرى ، وبذلك تحسب الطائفة الآخذة المشتركة ، وأن الطائفة الرابعة يمكنها أن تعطى أى طائفة أخرى الدم بغير أن يحدث تلبد أو تلازن أو انحلال فى الطوائف الآخذة ، وبذلك يحسب الحواد المشترك ، لكن الطائفة الرابعة لا يمكنها أن تتلقى الدم بغير خطر الا من الطائفة نوعها ، والطائفة الثانية تعطى الدم بغير خطر الطائفة الثانية والرابعة والطائفة الثالثة تعطى الدم بغير خطر الطائفة الثالثة والرابعة وقد ثبت أن البلاسما فى دم الجواد لا تأثير لها فى خلايا متلقى الدم لانها مصونة ببلاسما الخلايا نفسها ، وأن بلاسما دم

(١) الانحلال الدموى الذاتي — Active Hamolysis

الجواد تخفف سريعاً فى أوعيـة تتلقى الدم فلا يكاد يذكر التأثير . وبعبـارة أخرى لا ينفع دم ٨ فى المائة من الاشخاص لنقله الى مريض أو مصاب لانه يحدث تلازناً فى أوعيته ، ولا ينفع دم خمسين فى المائة من الاشخاص الآخرين الا لنقله فى أشخاص ممتحنة والباقى وهو ٤٢ فى المائة ينفع دمهم لاى شخص

أفضل أنواع المصل

قد جرب بعضهم أن يأخذ مقـداراً كبيراً من دم حيوان ليرى أيمكن تعويضه وانقاذ الحياة بالمصل الصناعى فوجد انه من الممكن انقاذ الحيوان لو أضاف الى محلول الملح مقداراً معيناً من الكريات الدموية الحمراء المأخوذة من دم حيوان من النوع عينه . وقد وجد القوم مثل ذلك أنهم بعد أن فصدوا عدداً معينـاً من الكلاب واستفرغ الدم منها حتى يبطل سيلانه من الشريان السباتى وحتى تظهر التشنجات التى تسبق سكرات الموت ثم حقنوا بعضهـا بالمصل الفسيولوجى ، ولقنوا البعض الآخر دما من الكلب كانت النتيجة عودة الحياة الى الكلاب ما عدا واحداً منها بعد ان كادت تتقطع بها أسباب الحيـاة ، ولـكنهم وجدوا أيضاً أن نحو ٧٧ فى المائة من الكلاب التى حقنت بمحلول الملح مات بعـد ١٨ ساعة بينما أن الكلاب الأخرى التى لقنت الدم لم يمت منها الا ٦ فى المائة

وهذا هو المستفاد من تجارب بعضهم فى علاج المصابين بجروح بالغة فى أثناء الحرب العظمى

فقد ظهر من التجارب أن الحقن بالمصل يطيل الحياة مدة تتراوح بين ١٢ ساعة و ١٨

أما التلقين الدموى فيطيلهـا مدة تتراوح بين ٢٤ ساعة و ٣٦ . فاذا تم النصر لجسم الجريح ، فى هذه الحياة المستأنفة ، فقد نجا بعمره

ولا تقتصر مزية التلقين الدموى على استئناف الحياة مدة وجيزة فقط بل انه يجدد القوى الحيوية ، ويبعث فيها نشاطاً ومقاومة وأملا

ولقـد أجمع الباحثون رأيهم على أن التلقين الدموى أتم فائدة من الحقن بالمصل وأظهر أثراً . أقول هذا وأ كرره بالحاح عظيم لانى أعلم أن الاطبـاء لا يغيرون ما بأنفسهم ، من مواصلة الحقن بالمصل تشبثاً بالقديم ولو اتضح أنه لا يفى بالغرض الا بعد عناء شديد

ولتعلم أن الحقن بالمصل له تأثير غريب فى بعث الحياة كالذى يكون من التلقين الدموى لكنه تأثير وقتى لا يلبث أن يزول . وهـذا مما يجعل التلقين أفضل على أنه من الممكن أن يستأنف الانسان الحياة قليلا من الوقت يتمكن فى أثنائه من التلقين الدموى ، وهى الوسيلة لانقاذ الحياة من النزف الخطير

واليك التجارب التى بنى عليها هذا الرأى :

فصد بعضهم عدداً معيناً من الكلاب واستفرغ منها مقداراً معيناً من الدم ولقن بعضها تلقيناً دموياً ، وحقن البعض الآخر بالمصل الصناعى فكانت النتيجة أن الكلاب التى لقنت الدم عاشت جميعـاً وان الكلاب التى حقنت بالمصل مات منها ٨٠ فى المائة

وقد عملت التجارب بالحقن بمحاليـل مختلفة كالمصل الصناعى ، ومصل لوك رنجر[١] ومحلول الجلوكوز النقى ، ومحلول الجلوكوز الملحى مع كلورور الكلسيوم ، ومحلول الصمغ ، واللبن ، ومصل الحصان ، وكانت النتيجة أن أفضلها هو محلول السكر الملحى الآتى :

ملح الطعام : ٧ جرامات

سكر اللبن أو العنب : ٥ جرامات

ماء مقطر : ١٠٠٠ جرام

---

(١) مصل لوك رنجر هو le Serum de Lock-Ringer

فهذا المحلول قد يطيل الحياة بضع ساعات بزيادة مقدار الدم ضامناً حياة القلب وحيـاة مركز التنفس ، لكنه لا يضمن الحيـاة ضماناً تاما عقب النزف الشديد ولا يضمنها تماماً فى الأحوال الخطيرة الا التلقين الدموى

(للكلام صلة)

الحالة الصحية بين أفراد الجيش المصرى

نشرت فى مجله القسم الطبى للجيش البريطانى بقلم الماجور

ب ٠ ٥ ٠ ٥ ٠ سينس

نقلت الى العربية ملخصة بقلم الدكتور عباس ربيع

اهتمت حكومة السودان فى أحوال عديدة بما يترتب على دخول أفراد الجيش المصرى الى السودان من تفشى الامراض الطفيلية التى تكثر بينهم ولذلك اهتمت بفحص ومعالجة جميع الملتحقين حديثاً بخدمة الجيش

ففى كل سنة يبلغ ٩٠،٠٠٠ من المصريين سن التاسعة عشرة ويقدمون للاقتراع فترفض مجالس القرعة منهـم حوالى ٨٠،٠٠٠ فرداً ومعظم هؤلاء يرفضون لضعف بنيتهم وذلك نتيجة اصابتهم بامراض طفيلية أما الباقون فيرفضون لاسباب أخرى منهـا دفع البدل العسكرى أو لأن المقترع كاسب عائلتـه أو أكبر أبناء أم مطلقة الخ أما العشرة آلاف الباقون فيرسلون الى القاهرة عند بلوغهم سن الحادية والعشرين وهناك يرفض منهم حوالى ٦٠٠٠ لعدم لياقتهم طبياً عنـد الفحص الطبى الاخير وبذلك يبقى من بين جميع المقترعين ٤٠٠٠ فقط صالحين للخدمة أى ٤،٥ ٪ من المجموع الـكلى

وانتخاب هؤلاء المقترعين مبنى على الفحص النظرى البحت ومما يدل على

أن لا قيمة لهذا الفحص خصوصاً من وجهة تشخيص الامراض الطفيلية النتائج التى ظهرت بفحص سجلات مستشفى الجيش المصرى بالقاهرة فى سنة ١٩٢٣ فقد استخلص منها أن ١٤ ٪ من مرضى الجيش دخلوا المستشفى لاصابتهم بامراض طفيلية وأن ٢٩ ٪ ممن رفضوا من خدمة الجيش كان سبب رفضهم عدوى الامراض الطفيلية جعلتهم غير لائقين للخدمة زد على ذلك أن كثيراً ممن يعدون أصحاء مصابون بين آن وآخر بأمراض فقر دم وضعف وعدم انتظام فى النبض الخ ولكنهم يتحملون ذلك دون أن يفكروا فى الالتجاء الى المعالجة على الاطلاق

وقد صار من المعروف فى الآونة الاخيرة أن الفلاح المصرى اذا برح موطنه وغير طرق معيشته وسافر ليعمل كجندى فى السودان فانه سريعاً ما يقع فريسة للتقلبات التى تمر عليه أثناء الخدمة العسكرية فى ذلك الجو الذى أقل ما يقال عنه ان ذلك الفلاح فى حالة تمتعه بكامل صحته فيه لا يفضل الجندى الأوربى كثيراً من جهة قوة مقاومته لتغيراته وهذا العيب الموجود فى الفلاح المصرى كانوا يعزونه فيما مضى الى خلل غريزى فى تركيبه الجسمانى والاخلاقى ولكن الاحصائيات المذكورة آنفاً تبين بجلاء ووضوح أن مقاومة الجندى المصرى ليست خللا موروثاً ولكنها خلل مكتسب نشأ عن عدوى مزمنة بالديدان الطفيلية

فرأيت بعد كل ذلك — وقد كنت الشخص المسؤول عن فحص مقترعى سنة ١٩٢٣ — ١٩٢٤ — أن أسعى الى عمل التشخيص والعلاج للحالات المصابة بالديدان الطفيلية وذلك عند الفحص الطبى الأخير لمقترعى الجيش ولقد كان هذا العمل فى الحقيقة من مقتضيات أعمال مصلحة الصحة العمومية المصرية وكان من المتوقع أن القى فى البداية معارضة من الرؤساء العسكريين حيث أن العلاج خصوصاً لحالات البلهارسيا يستدعى حتما حجز المقترعين

وعليه يؤخر زمن تمرينهم ولكن ما توقعته لم يحصل حيث أن اللواء سبنكس باشا المفتش العام للجيش المصرى وجد أن أى محاولة ترمى الى تحسين الحالة الصحية بين أفراد الجيش المصرى فى ذلك الوقت ولو انتهت تلك المحاولة بالفشل لابد وأن تعطى مجالا للتجربة

وبعد أن تمهد ذلك وخصوصاً بعد المناقشات التى حصلت مع كل من الدكتور تشارلس طود مدير معامل الصحة والدكتور محمد خليل استاذ علم الطفيليات بمدرسة الطب انتهى بنا الأمر الى عدة زيارات لملحق معالجة أمراض الطفيليات المنشأين بمستشفى القصر العينى ومستشفى قليوب حيث يواجه الانسان الحقيقية الناصعة الاوهى أعمال التشخيص والعلاج اليومى فى مئات من المرضى على أتم الطرق العلمية وأحدثها

وابتدأت العمل بالتجربة على ٣٠٠ مقترع لمدرسة البوليس بالعباسية متبعاً فى ذلك الطرق المستعملة فى الملحقين المذكورين آنفاً فكانت النتائج كالآتى:—

عدد الذين فحصوا	عدد المصابين بطفيليات	النسبة المئوية للمصابين
٢٩٢	٢٦٥	٩١

وكانت العدوى بالطفيليات المختلفة كالآتى : —

نوع العدوى	عدد المصابين	النسبة المئوية للمصابين
انكلستوما	٢١٢	٧٣
بلهارسيا	١٥٢	٥٢
اسكارس	٢٠	٧
طفيليات أخرى	٩	٣

ثم ابتدأنا باعطاء الـ٢١٢ مصاباً بطفيليات معوية ٥ سنتيجرام مكعب من رابع كلورور الكربون بدون اعطاء مسهل قبلها شرطا أن المعدة كانت خالية من الطعام ثم اعطاء ٢٥ جراما من سلفات المانيزيا بعد ساعتين من اعطاء رابع

كلورورالـكربون وقد كان تأثيرالدواء على المصابين بسيطاًفلم يستشعرمعظمهم أى عارض مطلقاً بينما استشعرت أقليتهم بتعب بسيط جهة المعدة ودوار وفى حالات قليلة ميل الى القيء ولقد فحص هؤلاء الرجال بمزيد الاعتناء بعد ثلاثة شهور فوجد أن ٧٩ ٪ منهم شفوا نهائياً بينما الآخرون قد تحسنوا تحسناً عظيما بدرجة أن فحص ثلاثة جرامات من براز بعضهم أظهر لنا بعد تمضية مدة طويلة فى الفحص بيضة واحدة من بويضات الانكلستوما فى حين أن الفحص الاولى قد أظهر لنا مجالات تحت الميكروسكوب مكدسة بالبويضات وقد حدثت أثناء القيام بتلك الابحاث مناقشات كثيرة ترمى الى التقليل من أهمية رابع كلورور الكربون ولكن دحض ذلك ما كان ممكنا فى سنة ١٩٢٣ فى ملحق الانكلستوما بقليوب حيث عولجت ٦٠٠٠ حالة من حالات الانكلستوما برابع كلورور الكربون وكانت نسبة الذين شفوا ٧٦ ٪ من جميع المعالجين

ثم اتجه النظر بعد ذلك الى مجندى الجيش من الجنود الموجودين فيه فقد فحص جميع مجندى سنة ١٩٢٣ كذلك كل الجنود الموجودين فى الخدمة فى القاهرة بما فى ذلك حرس جلالة الملك فوجد أن ٧٩ ٪ من المجندين و ٦٨ ٪ من الجنود الذين مضوا فى الخدمة مدة تتراوح من سنة الى أربع سنوات يعانون عدوى نوع واحد أو أكثر وفى بعض الاحيان أربعة أنواع من الديدان الطفيلية

والاختلافات فى نسب العدوى فى الفرق المختلفة تتوقف على الجهات التى حضر منها هؤلاء الجنود فقد وجد أن ٢و٨ ٪ من رجال الاورطة الرابعة يعانون مرض بلهارسيا المستقيم وهذه النسبة أكبر من النسبة فى أى فرقة أخرى وقد وجد أن هذا ناتج من أن تلك الفرقة تضم بينها عدداً كبيراً من مديرية الفيوم حيث تنتشر بلهارسيا المستقيم بين الاهالى انتشاراً عظيما ثم أنه

وجد أيضاً أن الفرقتين الرابعة والثامنة بهما نسبة عدوى ببلهارسيا المثانة أكثر من غيرهما وهذا ناشيء من أن كثيراً من رجال هاتين الفرقتين جاءوا من جهات الدلتا حيث ينتشر ذلك النوع من المرض بنسبة اكثر من انتشاره فى الوجه القبلى

وقد صار أيضاً فحص ٩٨ طالباً من طلبة المدرسة الحربية و ٥٢ طالباً من مستشفى القصر العينى كانوا قد طلبوا الالتحاق بخدمة الجيش بعد تخرجهم فوجد أن ٢٠٫٦ ٪ منهم مصابون بنوع أو آخر من الطفيليات ومما يجدر ذكره أن هؤلاء جاءوا بطبيعة الحال من بيئة راقية ثم أنهم قبل فحصهم أنكروا وجود البلهارسيا عندهم عند سؤالهم عنها

أما النتائج التى حصلنا عليها بفحص مجندى الجيش المصرى والجنود الموجودين بالقاهرة وطلبة المدرسة الحربية فى شتاء سنة ١٩٢٣ فكانت كالآتى : —

المجندون

عدد المفحوصين	انكلستوما	بلهارسيا المثانة
١٢٦٤	٧٤٥ (٥٩ ٪)	٦١٩ (٤٩ ٪)
بلهارسيا المستقيم	طفيليات أخرى	جميع المصابين
٢ (٠٫٣ ٪)	٧٩ (٦٫٢ ٪)	٩٥٩ (٧٦ ٪)

الجنود الموجودون بالقاهرة

عدد المفحوصين	انكلستوما	بلهارسيا المثانة
٢٣٥٢	١١٢٧ (٤٧٫٩ ٪)	٩٤٦ (٤٠٫٢ ٪)
بلهارسيا المستقيم	طفيليات أخرى	جميع المصابين
٢٣ (١ ٪)	٨٧ (٣٫٧ ٪)	١٦٠٤ (٦٨٫١ ٪)

طلبة المدرسة الحربية

عدد المفحوصين	انكلستوما	بلهارسيا المثانة
١٥٠	٥ (٣و٥ ٪)	٢٠ (١٣و٣ ٪)
بلهارسيا المستقيم	طفيليات أخرى	جميع المصابين
—	٦ (٤ ٪)	٣١ (٢٠و٦ ٪)

رسالة

قرأت فى المجلة الطبية المصرية فى أحد اعدادها مقالة تحت عنوان « الجديد فى دراسة السيلان » لحضرة الدكتور ابراهيم صبرى وقد صادف ذلك قراءتى فى بعض المجلات الطبية الالمانية ابحاثا فى هذا الموضوع لبعض الاساتذة الالمان فى معالجة السيلان أبادر بارسالها بعد تعريبها خدمة للمصلحة العامة وللعلم

معالجة السيلان

أولا : جاء فى المجلة الطبية الالمانية عدد ٤٢ سنة ٩٢٤ (Deutsche. Med. Wochencchrift 1924 no 42) أنه شوهد أن استعمال Novotrapin الاقل أحتواءا للمادة السامة بدل اليروتروبين — Urotropin (ثلاثة أقراص يومياً) يمنع حدوث الالتهـاب (Entzundung) فى البربخ (Epididmia) ويساعد أيضاً على تخفيف وطأة التبول مع تقليـل التهيج فى الحالة السيلانيـة للجزء الخلفى لمثانة البول

وكذلك جاء فى نفس المجلة أن الاستاذ Lissner شاهد أنه عند غسل الجزء الخلفي للمثانة بمحلول Reargon يفيد فائدة عظمي

ثانياً : جاء فى .Deut. Mede أن الاستاذين Peiser & Langer وجدا أن Targesin يحسن استعماله فى سيلان الجزء الامامى للمثانة فى السيلان البسيط للجزء الخلفى لها لأن الجونوكوك (Gynokken) يختفى فى أغلب الاحيان فى الاسبوع الاول من استعماله وطريقة الاستعمال هى : —

حقن المريض بمحلول ٠٠و٧٥ الى ٢و٠٠ ./. فى المبدأ ثم اخيرا ٣و٠٠ الى ٥و٠٠ ./. أى أن المحلول تزاد نسبته من ١ : ٥٠٠ الى ١ : ١٠٠ وللنساء ١٠و٠٠ ./. لمجرى المثانة ، ٢٠و٠٠ ./. لغسل المهبل

استعماله Reargon يقتل الجونوكوك تدريجياً ويحسن بنسبة استعماله ٥و٠٠ ./. ثلاث حقن يومياً

يستحسن الاستاذ Elingar (Med Klinik 1824 no 35) عند تشخيص السيلان عند النساء ان يفحص الشرج (Rektum) لانه كثيراً ما يكون مصابا بالعدوى وكثيراً مايكون فى الاحوال التى لا توجد فيها الميكروبات فى المثانة البولية ولا فى بيت الرحم موجوداً فى الغشاء المخاطى للشرج وطريقة ذلك هى ان تؤخذ مثانة زجاجية وتدخل ٦ سنتيجرام فى الشرج ثم يحقن بمقدار ٥٠ أو ٦٠ سنتيجرام بماء دافئ ثم يؤخذ السائل بعد الغسل والترشيح ويبحث تحت الميكرسكوب فترى ميكروب الجونوكوك بسهولة

حثت (Deut. Meb. Wochen. 1924) على استعمال Protargal خمس حقن يومياً كلا منها من ٥ الى ١٠ دقيقة مع ازدياد المركز تدريجياً

R

Sol. Argent. proteinic. (Protargol) 0,5 — 2,0 ; 200,0

كما أنى أذكر بعض الادوية غير نترات الفضة والبرمنجات لتميم استعمالها : —

R

Thallin. Sulf. 2,0 — 5,0
Aq. destill. ad. 200,0

R

Sol. Zinc. Saffur 0,5 — 1,0
Aqu destill. ad. 200,0

الاستعمال : الحقنة

R		R	
Airol	2,0	Aluminis	5,0 — 10,0
Aq. dest.	5,0	Aq. Destill ad.	200,0
Glycerin.	15,0		

حقن المهبل والمثانة فى السيلان المزمن

عباس جرهر
ببرلين

كتاب وجيز

فى الاحصائيات الصحية

تأليف الدكتور عبد الواحد الوكيل
مفتش صحة ببلدية الاسكندرية

ظهر فى عالم الطب العربى كتاب هو الاول من نوعه خاص بعلم الاحصائيات الصحية Vital Statistics وقد ظل هـذا النوع من فروع الطب متأخراً فى مصر مع انه فى البلاد الراقيـة المرجع الأعلى لعلماء علم الصحة والمرشد المهم للباحثين عن أسباب تفشى بعض الامراض الهامة والمقياس الدقيق الذى يبين تأثير بعض العوامل الخاصة فى جهـة أو جملة جهات على صحة السكان . وبالجملة فرجال الصحة يعمـلون فى ظلام دامس ولا يمكنهم ادراك نتيجة أعمالهم الا بالاحصائيات الدقيقة

وما خلت أمة مهما كانت حالتهـا من الرقى أو الانحطاط من ادارة خاصة بجمع الاحصائيات الصحية وترتيبهـا ولـكن التفاوت عظيم فى كفاءة تلك

الادارات فى البلاد المختلفة وقيمة احصائياتها من الوجهة العملية

فكثير من طرق الاحصاء القديمة قد برهن البحث على قلة أهميتها وقد سماها المؤلف بالنسب الغشيمة وهى لا يمكن الاعتماد عليها فى المقارنة والاستنتاج وقد استبدلت الآن بالنسب المصححة التى يصح الاعتماد عليها

وموضوع الاحصائيات الصحية من المواضيع التى تحتاج لدراسة خاصة والاستعانة بطرق رياضية متعددة وانتباه زائد لمواضع الخطأ والزلل

ولقد تصفحنا كتاب الدكتور عبد الواحد الوكيل فوجدناه قد ألم بالموضوع من وجوهه المتعددة ووضعه فى أسلوب شيق وقد توخى الصدق والدقة فى عباراته وأكثر من ضرب الامثال المصرية أينما وجد مجالا لذلك وقد زين الكتاب برسومات بيانية متعددة تساعد على فهم مواضيعه ونحن نهنئه على نجاحه فى انتقاء ألفاظ عربية وافية بالغرض للمصطلحات الافرنكية المتعددة

ونحن واثقون من أن مصلحة الصحة العمومية تكون أول المشجعين للمؤلفين فى مثل هذه المواضيع الخطيرة وأول من يلفت نظر أطبائها المشتغلين بالصحة الى درس مثل هذا الموضوع درساً وافياً يمكنهم من الاستفادة من الاحصائيات المصرية والاجنبية والمساعدة على جمع احصائيات يوثق بها والتنبه الى مواضع الخطأ فى جمعها وتطبيقها وياحبذا لو وزعت مصلحة الصحة نسخاً من هذا الكتاب على أطبائها الصحيين وقررته مدرسة الطب لتلاميذ علم الصحة بها

ولا يسعنا فى هذا المقام الا تهنئة الدكتور الوكيل على مجهوده الذى كلل بالنجاح وتهنئة بلدية الاسكندرية على وجود مثل هذا الطبيب بها

خطاب الجمعية الى معالى وزير المعارف

حضرة صاحب المعالى وزير المعارف

يتشرف مجلس ادارة الجمعية الطبية المصرية برفع رأيه وقراره الاجماعى بشأن اختيار موقع بناء مدرسة الطب والمستشفى الجديدين

تباحث المجلس غير مرة فى هذا الشأن متتبعاً الخطوات التى خطاها لغاية الآن وهو يلخصها فيما يلى : —

أولا فيما يختص بموقع البناء : — فقد ألفت وزارة المالية فى سنة ١٩١٩ لجنة لتبحث عن أليق مكان للبناء وهذه أوصت بعد البحث الدقيق باجماع الآراء على اختيار الطرف البحرى لجزيرة الروضة وقد وافقها على رأيها بلا تردد المستر جون سمسون رئيس جمعية المهندسين المعماريين البريطانية الذى كان مجلس الوزراء قد رخص بتعيينه مستشاراً لهذه اللجنة

وعلى ذلك وافق مجلس الوزراء حيث قرر فى السنة التالية سنة ١٩٢٠ اعتماد صرف مبلغ ١٦٢٩٠٠ جنيه لشراء الارض التى وقع الاختيار عليها كما قرر فى سنة ١٩٢٢ شراء قطعة أرض اضافية ملاصقة للموقع المذكور بمبلغ ٤٨٠٠٠ جنيه بناء على اشارة اللجنة ومستشارها

ثانياً فيما يختص بالتصميم : — فقد رفعت اللجنة التى ألفها مجلس الوزراء فى سنة ١٩٢٠ للنظر فى بناء المدرسة والمستشفى شروط المسابقة وأقرها وعين المستر سمسون حكما . وقد دفعت الحكومة فى السنة الماضية مبلغ عشرة آلاف جنيه للفائز الاول كنص الشرط الخامس من المسابقة حيث مضت سنة على تاريخ قرار الحكم ولم تصدر له أوامر تخوله حق القيام بوظيفة المهندس المعمارى للمبانى الجديدة والذى حدا بالمجلس لخوض البحث الاخير القرار الذى أصدرته وزارة المعارف منذ شهر تقريباً بتأليف لجنة لاختيار موقع للبناء بالعباسية اذ انه مهما تكن الاسباب التي قد تكون دعت لاصداره

فان هناك أموراً حيوية لا يصح اغفالها بحال من الاحوال ما دام القصد المنفعة العامة المقدسة

وهـذه تنحصر فى ثلاث نقط ليس للموقع المقترح حظ فى شىء منهـا وبالعكس فان الموقع السابق اختياره حائز لها جميعاً

فالاولى وهى الوجهة الصحية : — لايخفى على معاليكم أن موقعى العباسية وهما أرض مولد النبى وسراى الزعفران كثيرا الاتربة والذباب لدرجة تخل بلياقتهما صحياً لاقامة البنـاء فضلا عن أن ثانيهما كثير البعوض . ومن ذلك يتضح الى أى حد نعتبر جوهما ملوثا بالجراثيم بينما جو الروضة أقل تلوثاً من ذلك وأما البحث البكتريولوجى الذى عمل فلا يمكن أن يركن الى نتيجته عملياً فان الميكروبات التى وجدت ليست مرضية من جهة ومن جهة أخرى فان وجود الاخيرة فى الارض سوف لا يكون له تأثير ما بعد اقامة البناء

والثانية من الوجهة العلمية والطبية : — فان موقع الروضة أقرب للاحياء المأهولة بالطبقة الفقيرة كالجيزه ومصر القديمة والسيدة زينب والخليفة والدرب الاحمر وبولاق ولا يخفى ما فى سهولة المواصـلات من عدم تحميل المرضى الفقراء نفقات قد تضطرهم الى التخلف عن الحضور وفى هذا خطر كبير على التعليم الاكلينيكى

الثالثة . هى من الوجهة التاريخية : — فان مستشفى قصر العينى صار له فى موقعه الحالى ما يقرب من القرن أما القول بقلة نفقات البناء فى العباسـية عنها فى الروضة فهو وان كان صحيحاً الا أن معاليكم لا توافقون على تضحية الامور الحيوية السـابقة مراعاة للوجهـة المالية فحسب فضلا عن أنه فى اقامة البناء بالروضة ستتمكن الحكومة من الانتفاع بمبلغ العشرة آلاف جنيه التى دفعت على سبيل التعويض

بعد ايضاح كل هذه الاعتبارات يشير المجلس باجماع الآراء بالعدول عن

موقعى العباسية واقامة البناء فى المكان الذى اختارته اللجان التى تشكلت لهذا الغرض والذى وافق عليه مستشارها والوزارات التى بحثت أعمال اللجان والذى رآه مجلسا مدرسة الطب ومستشفى قصر العينى أليق مكان . والمجلس ينتهز هذه الفرصة ليبدى عظيم شكره لموافقة الحكومة على الشروع فى البناء ويأمل أن يكون لرأيه عند معاليكم حظ القبول والموافقة سعياً وراء الفائدة الكبرى للتعليم الطبى

وتفضلوا معاليكم بقبول عظيم الاحترام

مذكرة

عن قوة محاليل الكوكايين فى التخدير الموضعى

أطلع حضرة صاحب العزة الدكتور فهمى بك الرشيد مدير الادارة الطبية بمصلحة الصحة العمومية بالمجلة الطبية الانجليزية عدد ٢٧ أكتوبر سنة ١٩٢٣ على ما ترجمته —

« أثبت ا ابراهام» (المجلة الطبية الالمانية صحيفة ١١٥٦) الملاحظات التى أبداها هيرخ فى سنة ١٩٢٠ من أن محلول الكوكايين بنسبة ٣٠/٠ له نفس حيث تأثير محلول الكوكايين بنسبة ١٠ أو ٢٠٠/٠ من احداث التخدير السطحى شرطا أن تضاف سلفات البوتاسيوم الى المحلول الاول وأوصى المؤلف على التركيب الآتى

كلورايدرات الكوكايين ٣

« السيوبرارينين ($\frac{١}{١٠٠٠}$) ٥

محلول سلفات البوتاسيوم (٢٠/٠) . . . ٢٥

« حمض الفنيك (½ ٠/٠) لغاية . . . ١٠٠

وقد وجد المؤلف أن هذا المحلول باستعماله فى قسم الاذن والانف بمستشفى

الجامعة بكولون ليس فقط يحدث التخدير الكافى الذى يحدثه محلول الكوكايين بنسبة ٢٠./٠ بل وأيضاً هنالك فائدة عظمى تنتج من وراء الاقتصاد فى الثمن وتلافى خطر التسمم من الكوكايين وهذا المحلول الضئيل يمكن أن يعول عليه حتى فى العمليات التى تعمل داخل الحنجرة

فأعطى حضرة صاحب العزة الدكتور الرشيدى بك التعليمات اللازمة لتجربة هذا المحلول فى بعض مستشفيات الرمد تحت اشراف مفتشيها وذلك بعد الاستعاضه عن السيوبرارينين بالادرنالين وبعد أن وصلته التقارير بان المحلولين الاتى بيانهما كافيان لاحداث التخدير الموضعى المطلوب أجرى تجربتهما بنفسه ثم تقرر استعمالها بجميع مستشفيات الرمد من ابريل سنة ١٩٢٤ وتركيبهما كالآتى : —

(١) تركيب محلول الكوكايين بنسبة ١ ./٠ كاف للتخدير للعمليات داخل المقلة وبالقرنية

كلورايدرات الكوكايين . . . . ٥٥ و جرام

محلول كلورايدرات الادرنالين $\frac{1}{1000}$ معقم . . ٣٤ و س م. (٤ نقط)

« سلفات البوتاسيوم ٢./٠ معقم . . . . . ٢٥ و ل س.م.

« حمض الفنيك $\frac{1}{2}$ ./٠ معقم . . . . ٥٠ و ٣ س.م.

كمية المحلول ٠٤ و٥

(٢) تركيب محلول الكوكايين بنسبة $\frac{1}{2}$ ./٠ للحقن تحت الجلد وتحت الملتحمة لعمليات الجفون والملتحمة والحجاج (كاستئصال المقلة الخ)

كلورايدارت الكوكايين . . . . ٠٥ و جرام

محلول كلورايدرات الادرنالين $\frac{1}{1000}$ معقم . ٠٠ و٠٠و١ س.م. (١٦ نقطة)

سلفات البوتاسيوم ٢ ./٠ معقم . . . . ٢و٥ س.م.

حمض الفنيك $\frac{1}{2}$ ./٠ معقم . . . . ٦و٥ س.م.

كمية المحلول ١٠و٠٥

وعلاوة على الفائدة التى تنجم من وراء الاقتصاد المادى الكبير فى كمية الكوكايين بأضافة سلفات البوتاسا كما هو واضح فى هذين التركيبين فان هناك فائدة أخرى تزيد أهميـة عن تلك وهى ملافاة الضرر الذى يسببه استعمال محاليل الكوكايين القوية

فالمصلحة ترجو ان تبين لحضرات الاطباء فوائد استعمال هـذا المحلول المخفف من الكوكايين وتأثيره الفعال ! !

٣٠ مايو سنة ١٩٢٥ مدير الادارة الطبية

محضر الجلسة العلمية التاسعة والاربعين

اجتمعت الجمعية فى الساعة الثامنة ونصف من مساء الخميس ١٩ مارس سنة ١٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى برئاسة المرحوم الاستاذ ظيفل حسن باشا وبحضور نخبة كبيرة من حضرات اعضاء القاهرة والاقاليم والطلبة وبعد افتتاح الجلسة دعى الرئيس الدكتور يوسف براده لالقاء محاضرته عن الضعف العضلى الشديد Myathenia Gravis فأخذ حضرته فى القائها مستعينا بالفانوس السحرى فى عرض الصور الخاصة بالحالة التى بنى محاضرته عليها وبعد الانتهاء منها شكره سعادة الرئيس والحاضرون على محاضرته النفيسة ثم دعى الدكتور عبد الله افندى يوسف لالقاء محاضرته عن اسباب تكوين الحصوات عند الفلاح المصرى وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون ثم قام الدكتور محمد شرف وتكلم عن أسباب تكون الحصوات وأسهب فى اتيان ضرورة تكون الحصوات على نواة عضويه شديدة وأنه لا يعقل أن تتكون على نواة من بللورات الاوكساليك لأن هذه شكلهـا معين ورفعت الجلسة فى السـاعة العاشرة مساء

السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

الجلسة الخمسون

للجمعية الطبية المصرية بالقاهرة

اجتمعت الجمعية فى الساعة التاسعة من مساء الثلاثاء ٢١ ابريل سنة ١٩٢٥ بدار المجمع العلمى المصرى بنادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور عدد كبير من أطباء القاهرة والاقاليم وأطباء الجيش والطلبة وبعد أن أعلن الرئيس بالنيابة سعد بك الخادم افتتاح الجلسة ابن فقيد الجمعية المرحوم الدكتور ظيفل باشا بكلمات طيبة مؤثرة وطلب ايقاف الجلسة خمس دقائق حداداً على فقده

وبعد ذلك قدم حضرته الدكتور ه. لندهرست دبوك للحضور ليلقى عل مسامعهم محاضرة عن ذباب الشرس ومرض النوم فبدأ يلفت نظر الاعضاء الى أنه أتى الى مصر ليدرس البلهارسيا تحت أشراف الدكتور خليل وأنه سيتكلم عن موضوع مرض النوم من جهته البيولوجية وليس من الجهة الاكلينيكية أو العلاج وقال انى أخبرت الاستاذ الدكتور خليل بذلك فوافق عليه فلو وجد الاعضاء أن موضوع المحاضرة ممل فلايلومونى ولكن يلومون الدكتور خليل وبعد انتهاء المحاضرة قال الدكتورخليل بأن المحاضرة قيمة وأنه لا يخشى من لوم الاعضاء اذ أنه يعتقد أن كلهم يقدر أعظم تقدير قيمة المحاضرة الفنية أما من جهة الآراء التى ذكرها المحاضر فمعظمها جديد ولم تصادف ابعد موافقة العلماء الأخصائيين فى هذا الموضوع ولكن التجارب التى تعمل فى أوغندا الآن لا يتسنى عملها فى أى منطقة أخرى وينتظر أنه بتتبعها نصل الى معلومات هامة عن محاربة هذا المرض وسيتوقف على تلك المعلومات صرف أموال طائلة لفتح مناطق كبيرة فى أفريقيا لا يمكن استعمارها الآن نظراً

لكثرة المرض بها ولذلك فلا يجب أن تمر أى فرصة بلا استفادة منها للتوصل الى جميع المعلومات الاساسية لمحاربة هذا المرض وفى الختام أشكر المحاضر بالنيابة عن أعضاء الجمعية على محاضرته القيمة ثم قام الدكتور أوفارل أستاذ علم الامراض بمدرسة الطب وسأل المحاضر عما اذا كانت التجارب التى عملت فى منطقة بحيرة فكتوريا نتج منها أى تريبانوسوما بروسيبى أوردبسينس التى هى شديدة الخطر على الانسان وبذلك يخشى الآن تفشى المرض الاخير عند السماح للسكان بالعودة ثانياً الى الجزيرة التى أخليت من قبل فاجاب المحاضر بأن هذا صحيح ولكن حكومة أوغندا لاتعتمد على تغيير نوع التريبانوسوما فى منع المرض اذا أنه من المتعذر فى المستقبل منع الاهالى عن المناطق المجاورة الموبوءة من الدخول فى تلك الجزائر ونشر العدوى بها اذ أن منطقة تنجانيكا وكينيا بها هذا المرض ولا يشارك المسئولون فيهما رجال حكومة أوغندا فى آرائهم ونظاماتهم فى مكافحة مرض النوم ولذلك فان حكومة أوغندا ترمى الى حماية الاهالى من التعرض للدغ ذباب التسى تسى الحامل للتريبانوسوما أيا كان نوعها

ثم قام الدكتور جمعه الطبيب بالجيش المصرى وسأل عن طرق العلاج المتبعة فى أوغندا خصوصاً عن استعمال باير ٢٠٥ فأجاب المحاضر بأن عدد المرضى فى أوغندا قليل جداً فى السنين الاخيرة ولم يستعمل هذا الدواء الجديد على عدد كبير من المرضى بعد

ورفعت الجلسة فى الساعة العاشرة مساء السكرتير

الطلبة المصريون فى النمسا

يهتم الطلبة المصريون فى النمسا بنشر الدعوة لترويج المجلة الطبية المصرية بين اخوانهم المصريين وقد وزعوا النشرة الآتية على جميع الطلبة المصريين فالمجلة الطبية المصرية تشكرهم على حسن عواطفهم . وهذا نص النشرة

الجمعية الطبية المصرية

الصحيفة الطبية المصرية الوحيدة التى تنشر بلغتنا القومية فى جميع الممالك الشرقية .

أوسع صحيفة علمية فى فن الطب تتداولها رجال الطب فى القطر المصرى والعربى

أنطق لسان علمى لرجال الطب فى مصر ومسرح العمل لابناء النيل الاذكياء

أول مجلة علمية تديرها أيدى مصرية عاملة تسعى لأعلاء الفن وغرس أصوله فى نفوس النشء فمن نشرات عمومية الى مباحث علمية الى طرق علاجية الى أصول طبية جديدة . تجد فيها أيها الطالب ما يؤهلك لفهم معضل المسائل فى فنك . فليس يعوز الطبيب فقط الاشتراك فيها بل كل مشتغل بالعلوم الطبية اذ أصبح من الواجب على كل طالب مصرى أن يشترك فى مجلة فنه وبلده وأن يعضد رجاله وبنى قومه وأن يشد أذر العاملين المصريين حتى يتسنى لها منافسة الصحف العلمية الاوروبية وتتسع لاخراج مباحثنا العلمية وآرائنا الفنية

يا بنى الوطن

الاشتراك فى الصحف العلمية المصرية فرض واجب وتشجيع كل مشروع وطنى ضربة لازب . فهلموا الى ميدان العمل واعتصموا بحبل الوطنية جميعاً

أقسام الدراسة بكلية فينا الطبية

ان لجنة تنظيم اقسام التدريس بكلية فينا الطبية بالنمسا قد انشأت مكتبا لتسهيل المخابرات ما بين اساتذة هذه الكلية والاطباء الذين يفدون اليها من الخارج بعاصمة النمسا طلبا فى ترقية معارفهم الطبية ولذا قد اخذ على عهدته موافاة الاطباء بالمعلومات الخاصة بالتعليم الطبى وذلك بطريق المراسلة وهو مستعد ايضا لتقديم المعلومات الخاصة بالمساكن « والبانسيونات » حتى يتسنى لهؤلاء الاطباء التمتع بالراحة التامة مدة اقامتهم بعاصمة هذه البلاد . هذا ولا تقتصر المعلومات التى يقدمها المكتب المذكور على ما هو مقرر ببرنامج الدراسة الرسمى بل انه مستعد ايضا لاعطاء المعلومات اللازمه لمن يرغب الاندماج فى العمل سواء فى العيادة الخارجية بمعاهد الجامعة أو التردد على المستشفيات الموجودة بهذه العاصمة

والمكتب يمكنه فى كل وقت اعطاء المعلومات عن الرسوم العمومية والرسوم الخصوصية للتحاليل التى تقوم بها المعامل أو الاشتراك فى دور الكتب وهو مستعد ايضا بعمل ترتيبات على الوجه الاحسن لانشاء اقسام خصوصية للتدريس بحسب ما يتناسب مع عدد الاطباء الراغبين فى ذلك — والمكتب يقوم بقيد اسماء راغبى الاشتراك فى اقسام التدريس الخصوصى واقسام المحاضرات العامة وبخلاف الاقسام العادية للتدريس باللغة الالمانية فانه يمكنه ايضا انشاء اقسام خصوصية للتدريس باللغة الفرنساوية أو الانجليزية هذا وقيمة تذكرة الاشتراك فى احدى هذه الاقسام البالغة قيمتها ٤ شلنات نمساوية أو ما يعادلها بسعر العملة الاجنبية تدفع مقدما ويسرى مفعول هذه التذكرة لمدة سنة ويخول لحاملها ما يأتى : —

أولا : دخول هذه الاقسام

ثانيا : خصم ٥٠ ٪ من الرسوم المقررة بعاصمة النمسا

ثالثا : مد أجل البسابورتات بعدم تقديمها الى القلم المختص بهـا بواسطة ادارة البوليس المحلى

رابعا : تخفيض رسوم بعض اللوكاندات والبانسيونات والمطاعم

والاطباء الذين يترددون على العيـادات او المستشفيات والمستمعون المنتظمون يحصلون على مثل هـذه الامتيازات بمجرد حصولهم على التذكرة التى تعطى لهم من مكتب الاستعلامات المدفوع رسمها مقدما وفى نفس الوقت يمكن الاشتراك فى اقسام الدراسـة الدولية المنتظمة مقابل ارسال الرسوم المقررة عن ذلك فى الاقسام المذكورة

ويرسل مجانا لمن يشترك فى قلم الاستعلامات الـكتالوج الرسمى للاقسام الطبية (الـكتاب الاصفر) الذى يصدر اربع دفعات فى السنة مجانا

ويوجد بالمـكتب صالة للمطالعة تحتوى على المجلات الطبية والاختراعات الحديثة ذات الاهمية وتفتح ابوابها مجانا للراغبين من الساعة ٩ الى الساعة ١ (فى شهر مايو ويونيه ويوليو وأغسطس) اما فى ايام السبت فمن الساعة ٩ الى الساعة ٤

وكل مخابرة ترسل بالعنوان الاتى :

Bureau der Wiener Arztekurse, Wien VIII Schlosselgasse 22.

كتاب
تشخيص الامراض العصبية

ظهر الجزء الأول من هذا الـكتاب تأليف السير جمس برفس ستوارت وتعريب الدكتور مصطفى ضيا وهو محلى بالصور الملونة وبكثير من الاشكال والصور الفوتوغرافية وهو مطبوع ومغلف بلوندره وثمن النسخة ٦٠ قرش صاغ ويطلب من سائر المـكاتب الشهيرة

مصلحة الصحة العمومية

النشرات الادارية

رقم ٦٢ تعيين — عين كل من المذكورين بعد بوظيفة طبيب مقيم بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٥ جنيها فى الشهر لكل منهم وألحقوا بمستشفى الاسكندرية اعتبارا من التواريخ المبينة أمام أسمائهم : —

الدكتور اسكندر افندى شفيق اعتبارا من ٢٢ فبراير ١٩٢٥

والدكتور توفيق افندى محمد الزرقا اعتبارا من ١٦ مارس ١٩٢٥

والدكتور حافظ افندى بهجت اعتبارا من ٣٠ مارس ١٩٢٥

وعين الدكتور نجيب افندى غالى دوس بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة اعتبارا من أول ابريل ١٩٢٥ براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة وألحق بقسم الاوبئة

رقم ٦٣ تنقلات — تقرر نقل المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور حسن افندى احمد	فوه	بندر الفيوم	١٨ ابريل ١٢٩٥
« فرح افندى سعد	بندر الفيوم	ملوى قسم أول	٢١ « «
« عبد الجواد افندى حسين	ملوى قسم أول	أبى قرقاص	٢٤ « «
« لبيب افندى غالى	عموم المصلحة	ادفو	أول مايو ١٩٢٥
« بطرس افندى رزق الله	ادفو	فوه	٣ « «
الست حياة النفوس افندى صالح	مستشفى قصر العينى	صحة مركز رشيد	١٥ ابريل ١٩٢٥

رقم ٦٥ رفت — تقرر فصل الاطباء المذكورين بعد من خدمة المصلحة نقلا على وزارة المعاوف العمومية اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	الوظيفة	تاريخ الرفت
الدكتور محمد محفوظ فكرى افندى	طبيب بمستشفى الاسكندرية	١ — ١ — ١٩٢٥
« عبد القادر حلمى الشوربجى افندى	طبيب بمستشفيات الانكيلوستوما	«
« احمد خليل عبد الخالق افندى	طبيب بمستشفى الرمد ببنها	«
« منير جبران نعمة الله افندى	طبيب بمستشفيات الانكيلوستوما	١ — ٢ — ١٩٢٥
« عبد الله سيف الدين الكاتب افندى	طبيب بمستشفى قصر العينى	«
« حامد افندى عليش	طبيب صحة القناطر الخيرية	٢١ - ٣ — ١٩٢٥

رقم ٦٨ تعيين — عين الدكتور ناصف افندى توفيق بوظيفة طبيب مؤقت بعقد لمـدة سنة اعتبارا من ٢١ ابريل ١٩٢٥ براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة وعلاوة ٢٠ ٪ وألحق بمستشفيات الانكيلوستوما

رقم ٦٩ تنقلات — تقرر نقل الطبيبين المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهما : —

الاسـم	من	الى	التـاريخ
الدكتور السيد ابراهيم جاد افندى	عموم المصلحة	مركز قوص	١ — ٥ — ١٩٢٥
« محمود خليل افندى	مركز قوص	القناطر الخيرية	٤ — ٥ — ١٩٢٥

رقم ٧٠ ترقيات — تقرر ترقية الموظفين المذكورين بعد الى الدرجات المبينة أمام اسمائهم اعتبارا من أول مايو ١٩٢٥ : —

الاسـم	الوظيفـة	الدرجة
صاحب العزة الدكتور محمد بك صادق رمضان	رئيس القومسيون الطبى العام	الثـالثة
حضرة الدكتور عبد الله افندى كامل	رئيس مساعد طبيب مستشفى اسكندرية	الرابعـة
« « اسماعيل افندى حماد	مفتش ثانى صحة مديرية أسيوط	الخامسة (١)
« « عبد اللطيف افندى فهمى	« « « « المنيا	«
« « محمود افندى متولى	مفتش التطعيم بالوجه القبلى (مركزه المنيا)	«

رقم ٧١ احالة على المعاش — بما أن صاحب العزة الدكتور محمد بك أمين الطرابلسى المعين بوظيفة مفتش قسم بعموم المصلحة قد بلغ أقصى السن المحددة فى ١٥ ابريل ١٩٢٥ فقد أحيل الى المعاش اعتبارا من ١٦ من الشهر المذكور وبهذه المناسبة يعلن وكيل الوزارة ثناءه على هذا الموظف لما أظهره من الغيرة والاخلاص فيما قام به من الاعمال النافعة فى مدة خدمته الطويلة

رقم ٧٤ تنقلات — تقرر نقل الموظفين المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور صادق افندى رزق	مركز قليوب	نجع حمادى قسم ثان	٢٠ — ٤ — ١٩٢٥
« صادق افندى عبد الشهيد	نجع حمادى قسم ثان	مركز الاقصر	٢٣ « «
« محمد افندى عزت	مركز الاقصر	مركز قليوب	٢٦ « «

رقم ٧٧ تعيين — عين الدكتور ابراهيم افندى حنفى ناجى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ٢٠٤ جنيهات فى السنة اعتبارا من أول مايو سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الحوض المرصود

رقم ٧٨ تنقلات — قد تقررت التنقلات الآتية بين حضرات أطباء المستشفيات العمومية اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
حضرة الدكتور ناصف افندى توفيق	طبيب بابحاث الانكلستوما بمصر	طبيب مقيم بمستشفى اسكندرية	٢٣ — ٦ — ١٩٢٥
« « حسين افندى محمد ابراهيم	« « «	« « « «	٢٣ — ٥ — ١٩٢٥
« « اسكندر افندى شفيق	طبيب مقيم بمستشفى اسكندرية	« بدل بقسم المستشفيات	٢٥ — ٥ — ١٩٢٥
« « أمين افندى غالى	طبيب بدل	« ثالث مستشفى السويس	٢٦ — ٥ — ١٩٢٥
« « نجيب افندى رفله	طبيب ثالث بمستشفى السويس	« ثانى « شبين الكوم	٢٧ — ٥ — ١٩٢٥
« « على افندى زين العابدين	« ثانى « شبين الكوم	« مستشفى طهطا	٢٨ — ٥ — ١٩٢٥
« « وليم افندى بقطر	« مستشفى طهطا	« « الاقصر	٣٠ — ٥ — ١٩٢٥
« « حامد افندى محمود	« مستشفى الاقصر	طبيب أول مستشفى بنها	١ — ٦ — ١٩٢٥
« « عبد الله افندى كامل	« أول مستشفى بنها	مساعد مدير « اسكندرية	٢ — ٦ — ١٩٢٥
« « نسيم افندى بشاره	« مقيم « اسكندريه	طبيب ثالث مستشفى بورسعيد	٢٣ — ٥ — ١٩٢٥
« « احمد افندى حسين سامى	« ثالث « بورسعيد	« ثانى « طنطا	٢٥ — ٥ — ١٩٢٥

الاسم	من	الى	التاريخ
حضرة الدكتور ميخائيل افندى الياس	طبيب ثانى مستشفى طنطا	طبيب مستشفى اسنا	٢٧ — ٩ — ١٩٢٥
« « وهبه افندى نوار	« مستشفى اسنا	« أول مستشفى سوهاج	٢٩ — ٥ — ١٩٢٥
« « كامل افندى فرج	« أول مستشفى سوهاج	« « « دمياط	١ — ٦ — ١٩٢٥
« « رياض افندى مرقس	« « « دمياط	« « « المنيا	٣ — ٦ — ١٩٢٥
« « فؤاد افندى يسى عبد الشهيد	« « « المنيا	« « « طنطا	٦ — ٦ — ١٩٢٥
« « محمود افندى فوزى	« « « طنطا	« « « السويس	١٠ — ٦ — ١٩٢٥
صاحب العزة الدكتور محمد بك صدقى	« « « السويس	مفتش بقسم المستشفيات	١٣ — ٦ — ١٩٢٥

وتقرر نقل الدكتور توفيق افندى يوسف الطبيب بعموم المصلحة والدكتور بطرس افندى جرجس طبيب صحة مركز الدر قسم ثان كل منهما محل الآخر الاول اعتبارا من ٢٠ مايو ١٩٢٥ والثانى من ٢٥ من الشهر المذكور

رقم ٨٠ ترقيات — قد تقرر ترقية كل من الموظفين المذكورين بعد الى وظيفة بكتريولوجى من الدرجة الثالثة اعتبارا من أول مايو ١٩٢٥ : —

الاسم	الوظيفة
حضرة الدكتور صادق افندى جرجس مفتاح	بكتريولوجى بالمعامل
« « زكى افندى خالد	« «
« « على افندى يحيى	« «

رقم ٨٣ قسم الامراض العقلية — بناء على الامر العمومى رقم ١٦٨ الصادر من وزارة الداخلية بتاريخ ٢١ ابريل ١٩٢٥ قد ألحق قسم الامراض العقلية بمصلحة الصحة العمومية اعتبارا من أول ابريل ١٩٢٥ ونقل حضرات موظفيه ومستخدمية الآتية اسماؤهم ودرجاتهم بعد الى هذه المصلحة

الاسم	الوظيفة	الدرجة
جناب الدكتور هـ. و. ددجن (Dr. H. W. Dudgeon)	مدير قسم الامراض العقلية ومستشفى المجاذيب بالعباسية	الاولى (ب)
« ر. س. مللر (Dr. R. S. Miller)	مدير مستشفى الخانكة	الثالثة
حضرة الدكتور محمد فؤاد بك	وكيل مستشفى العباسية	الرابعة
« سليم جرجس سليمان افندى	وكيل مستشفى الخانكة	«
« أحمد شفيق اسماعيل	طبيب	«
« محمد صابر افندى	«	الخامسة (٣٦٠ — ٦٠٠)
« محمد كامل الخولى افندى	«	«
« توفيق حنا عبده افندى	«	«
« نصرى جبران الجاولى افندى	«	«
« مصطفى أبو علم افندى	«	السادسة (١٨٠ — ٤٢٠)

الاسم	الوظيفة	الدرجة
حضرة الدكتور محمد عبد الحكيم افندى	طبيب	السادسة (١٨٠ — ٤٢٠)
« بنيامين فلتس بهمان افندى	«	«
« احمد احمد رفعت المازنى افندى	«	«
« رمزى سعيد أفندى	«	«
« الفريد تادرس شكر الله افندى	«	«
« وهبه جرجس افندى	«	«

رقم ٨٨ تعيين — عين الدكتور عباس افندى حلمى بوظيفة طبيب مقيم بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٥ جنيها فى الشهر اعتبارا من ٩ مايو ١٩٢٥ وألحق بمستشفى اسكندرية . وعين الدكتور عبد الله افندى رفله بوظيفة طبيب بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٥ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى الشهر اعتبارا من مايو ١٩٢٥ وألحق بملحقات الانكيلوستوما

رقم ٨٩ تنقلات — تقرر نقل أطباء قسم طب الحدود المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور نجيب بطرس حنا افندى	الداخلة	القنطرة	١٢ — ٢ — ١٩٢٥
« رائف يعقوب ندا افندى	القنطرة	العامرية	١٨ — ٢ — ١٩٢٥
« حسن حلمى سليم	العامرية	العريش	٢٧ — ٣ — ١٩٢٥
« سمعان بطرس نجار	العريش	سيدى برانى	٤ — ٨ — ١٩٢٥

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت او لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد





سائل سدانس المسكن

LIQUOR SEDANS (P., D. & Co.)

يحضر هذا السائل المسكن من نبات الفيبورنوم **Viburnum Prunifolium** والهدراستين **Hydrastine** ونبات بسيديا بسيبيولا **Piscidia Piscipula** فهو مسكن ومقو لاعضاء التناسل في الاناث وقد اتى بفوائد حسنة في حالات الحيض المصحوب بالام وكثرة الحيض وما يصحبه من عدم قيام الاعضاء بوظائفها . يباع هذا السائل فى زجاجات سعة ١٠٠ جرام و ٥٠٠ جرام ويصنع بشكل محافظ تحتوي كل محفظة على الكمية الموجودة في درهم من هذا المستحضر

شراب التريفوليوم المركب

TRIFOLIUM COMPOUND SYRUP (P., D. & Co.)

ان شراب التريفوليوم المركب هو تركيب نباتي منوع مع جرعة صغيرة من يودور البوتاس. وقد ذاع استعماله جداً في داء الخنزيري والامراض الجلدية وفي علاج الزهري ويشار اليه بالخصوص في تصلب الشرايين وفى تصلبات اخرى طالما ان اجزاء التراكيب النباتية تعاون وتساعد يودور البوتاس يظهر فعله العلاجي الكامل

الجرعة : من ملعقتين صغيرتين الى ملعقة كبيرة مخففة جيداً بالماء ثلاث مرات بالنهار

شراب الكوكيلانا المركب

SYRUP COCILLANA COMPOUND (P., D. & Co.)

هو مركب له خاصية التسكين وافراز البلغم ومقو مما يجعله عظيم الاهمية لتخفيف وطأة الاحوال الشعبية خصوصاً في حالة ما يكون السعال كثيراً والافرازات البلغمية قليلة شراب الكوكيلانا المركب يلطف الغشاء المخاطي الملتهب ويعيد القوة للشعب ويخفف عسر التنفس بدون ايقاف الافرازات او احداث امساك

(يباع في زجاجات سعة ٤ ، ٨ ، ١٦ ، ٨٠ اوقية)

ترسل الارشادات للاطباء بناء على طلبهم من : PARKE, DAVIS & Co. - LONDON.

طعم البكتريا

شركة بارك ودافيز هى الوحيدة المختارة لتوزع بين الاطباء طعم البكتريا المحضرة فى معامل مستشفيات سانت مارى بلوندره الذى يديره السير المورث رايت (K. B. E. و C. B و M. D. و F. R. C. S.)

وهذه الطعم هى على أعلا درجة من التأثير والثبات

Acne Bacillus
Mixed Acne Vaccine A. & B.
Anti-Catarrh Vaccine (Prophylactic)
Anti-Influenza Vaccine
Anti Plague Vaccine
Anti Typhoid Paratyphoid Vaccine (Prophylactic)
Antisepsis Vaccine
Gonococcus Vaccine
Mixed Gonorrhoea Vaccine
Micrococcus Melitensis Vaccine
Mixed Vaccine for Bronchial Asthma
Mixed Anti-Influenza Vaccine
Mixed Vaccine for Coliform Infections
Pneumococcus Vaccine
Staphylococcus Vaccine
Streptococcus Pyogenes Vaccine (Polyvalent)
Whooping Cough Vaccine A, B & C.

بارك ودافيز وشركاهم لندره

Parke, Davis & Co.

LONDON.

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Asso ciation Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largee ment distribuée etrepandue dans tous les pays où cette langue prédomine .

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquen que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencement de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking world and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quartar Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد السابع سبتمبر ١٩٢٥ SEPTEMBER 1925 السنة الثامنة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاشتراك »

٦٠ قرشا داخل القطر

٨٠ قرشا خارج القطر

للطلبة نصف القيمة

« الاعلانات »

تخابر شركة النشر المصرية جبريل تقلا بك وشركاه بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية

ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الفهرس

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السابع | سبتمبر سنة ١٩٢٥ | السنة الثامنة

منشأ الحصوات

للدكتور على بك ابراهيم

للحصوات أسباب كثيرة مشروحة فى كل الكتب العلمية أعددها لحضراتكم من قبيل الذكرى أولها الاسباب المهيئة

(١) الاقليم — تكثر فى بعض الجهات عن بعضها فى الاقليم الواحد رغماً من عدم اختلاف الطقس فهى مثلا قليلة فى المانيا كثيرة فى انجلترا قليلة فى تركيا أوربا كثيرة فى الأناضول قليلة فى انجلترا الجديدة كثيرة فى كندا ولكنها كثيرة فى مصر والهند وبلاد العرب والعجم قليلة فى البرازيل والارجنتين وفى جميع البلاد التى تكثر فيها الحصاة فتكون الكثرة مجمعة فى مناطق أكثر من غيرها وتكاد تكون معدومة فى أمريكا الاستوائية وقليلة فى جنوب أفريقا وكثيرة فى مدغسكر وبعد مناقشات كبيرة قرر أغلب الباحثون أنه ليس للجو الحار تأثير مطلقاً على تكون الحصوات

المياه : نظرية أن المياه المتحملة بأملاح حجرية تساعد على وجود

الحصوات والاستدلال على ذلك بأن المناطق التى تشرب من هذه المياه تكثر فيها الحصوات مخالفة للواقع والحقيقة فمثلا كمبردج التى مياهها جيرية جداً — تقل فيها الحصوات كثيرا عن نورتش التى مياهها جيدة جداً ومثلا فى باد وكرلسباد وبات وبريستول التى مياهها تحمل أملاحا جيرية كثيرة فانهـا بدل من أنها تساعد على تكون الحصوات فانها تساعد على اذابتها وعلى ذلك يمكن اخراج الماء من كونه مساعداً على تكوين الحصوات

الجنس والنوع — الجنس . توجد فى كل الاجناس والاناث اقل عرضة من الذكور

السن — الاطفال أكثر اصـابة . كذلك وجدت حوداث فى الجنين . وقد عدد سيفيال أحوالا كثيرة فى الاشهر الاول للطفل

تعداد جروس	٦٠٤٢
أطفال أقل من عشرة	٢٣٣٤

تعداد سيفيال	على ٥٣٧٦
أقل من سنة الى ٢٠ سنة	٢٨٨٩
من ٢٠ — ٦٠ «	١٦٩٤
« ٦٠ — ٨٠ «	٧٩٣

تعـداد تومسن ١٨٢٤ منهم النصف أقل من ١٣ سنة والثلث أقل من ٧ سنوات

والاسباب التى قدمت لتعليل كثرة اصابة الاطفال هى كثرة نوع الغذاء عن اللازم للجسم والصالح للتمثيل للتغذية والنمو و Bokay ذكر أن هـذه الحوادث كثيرة الحصول فى البلاد الفقيرة فى شمال هنجاريا و Tarrot قال ان سبب ذلك ناتج عن امتصاص الماء بكمية كبيرة من الانسجة ووجود كمية كبيرة

من البروتين الغير مأكسد فى الدم و بنى ذلك على كثرة حصول المرض فى الاطفال المصابين بالقىء والاسهال

والبنية والمزاج والوراثة قليلة الدخل فى تكوين الحصوات وان كان البعض ينسب البنية النقرسية لعدم كفاية كبدية و نقص فى الاحتراق وتكوين الاملاح ورسوبها فى الانسجة والمجارى البولية ومؤكد أنها لا تنقل بالوراثة ووجود أخوة ثلاثة مصابين بها لا تثبت تأثير الوراثة بل تثبت تأثير الوسط

الامراض — كسر العمود الفقرى والامراض التى تحدث شللا فى المثانة والامراض المنهكة والنوراستينيا وكلها ذكرت بأسبابها فالاول تأثير عصبى trophic والثانى زيادة الغذاء عن الحالة التعودية والثالث زيادة الاعمال المخية واهمال الجهاز الهضمى وأما أنا فأرى لها سبباً واحداً (وهو العدوى)

المركز الاجتماعى والصناعة والمعيشة — يتحد فى الغنى والفقر وانما من المؤكد أنه أكثر فى أولاد الفقراء عن الاغنياء (رأى سيفيال) والصناعة والمعيشة وان لم تكن ذات تأثير خاص فى البلاد الاجنبية ولكن الفلاح عندنا هو الذى يكثر فيه المرض

الغذاء والمشروبات — كثرت فيها الآراء ولكن لها عندنا أهمية قليلة وكلنا نعرف أن فلاحنا لا يشرب الا ماء النيل وغذاؤه نباتى لبنى

الاسباب المتممة

النظرية الكيمائية أو نظرية التشبيع هى أقدم النظريات ولا يزال مأخوذاً بها لليوم وذلك أن الاملاح القليلة الذوبان التى تفرز من الكلى تكون زيادة عما يمكن اذابته فى البول ولذلك ترسب فمثلا حمض البوليك يوجد عادة بنسبة ٠و٤ — ٠و٥ فى اللتر ولكن هذه النسبة ترتفع الى ٠و٦ — ٠و٧ والذى يساعد على ذلك وجود فوسفات الصودا فاذا نقص مقدار الحمض ترسب الفوسفات ولكن فى الواقع أنه سبب مهيئ والرسوب لا يحصل

نظرية التخمر — أى أنه يحصل تخمر مزدوج اما حمضي فيطرد حمض البوليك

ويرسبه واما قلوى فيطرد كربونات النوشادر التى تتحد مع الفوسفات أو اليورات ولـكن هذا الرأى غير مأخوذ به بالمرة

نظرية المادة اللاصقة — انه دائما توجد فى المواد العضوية مادة غروية لزجة تساعد على التصاق الاملاح بعضها ببعض وهذه النظرية تقدمت بسهولة بالعثور فى الحصوات الفوسفاتية الثانوية على خلايا مثانية ورسوبات بيضاء وخيوط مخاطية وليفية وأحيانا أنسجة متحللة بين الرسوبات الملحية

النظرية الفسيولوجية

(ا) نظرية Mekee قديمة جداً وأهملت ولـكنها عادت للظهور وهى تنحصر فى انه عند حصول أى التهاب فسيولوجى فى الاغشية المخاطية للجهاز البولى فانه يساعد على رسوب الاملاح والمواد الغرويه Colloidal التى تفرز فى الحالة الالتهابية تساعد على تماسك الاملاح الراسبة وتتكون الحصاة Rainy

(ب) الغرويات Colloidal هذه المادة تجعل الاملاح أو الذرات تتجاذب وتلتصق ببعضها وتكون حصوات ولـكن من أين تأتى هذه المادة فى البول فالمقال انها توجد فى البول الطبيعى بصفة مخاط أو من المواد الملونة وفى البول المرضى والزلال والدم والصديد

(ج) فى سنة ٨٩ أمكن Ebenstien بواسطة اعطاء الحيوانات مقادير مختلفة من مادة اكسلانية (متحصلة من تسخين اكسلات oxamide النوشادر) ان يجد عند عمل الصفة التشريحية على هذه الحيوانات حصوات متكونة فى الـكلى والحالب وأحياناً فى المثانة LeyeTuffier وقد أعاد هذه التجارب بالنتيجة عينها وهذه الحصوات وجدت مكونة من طبقات مختلفة من أوكسلات الجير حول نواة من مادة عضوية والغشاء المبطن للـكلى وجدت به اصابات متعددة غنغرينية والخلايا فى حالة استحالة شحمية وعلى هذه الخلايا الميتة ترسب أملاح الاوكسلات — وقد علل حضرات المكتشفين أن Oxamide هو الذى يفرز فى الـكلى وهو مهيج جداً للغشاء المخاطى ومسمم للخلايا البشرية فيقتلها ويكون

النواة لرسوب الاملاح ولكن هذه النظرية وان كانت تنطبق على الاوكسلات الا أنها لا تنطبق على حمض البوليك والبولات لان المكتشفين عينهم أعطوا كميات كبيرة من هذه الاملاح للحيوانات فلم تحدث نتيجة ما ولكن Gayon حلل حصوات عديدة جداً من حمض البوليك والبولات فوجد دائما مركز النواة مكونا من مواد عضوية (خلايا كريات بيضاء أو دموية) وفى الاحوال النادرة التى لم يجد فيها يكون محلها خالياً أى أنها وجدت وامتصت وعلى ذلك فهو يؤيد النظرية الاولى ويعتقد أن الاوكسلات وحمض البوليك لهما تأثير مهيج ومضر بالخلايا الكلوية ضرراً ينتهى بموتها ويساعد على رسوب الاملاح وكل غذاء مهيج أو علاج مهيج للكلى يسبب الحصوات كما أثبت Albarran ذلك بحصول حصوات كلوية عقب وضع حراقات متعددة أو متسعة عند الاطفال

النظرية الميكروبية والاجسام الغريبة

(ا) الميكروبية — Galippe اكتشف فى نوايات الحصوات اللعابية والصفراوية والبولية بعد أن عقم سطحها ميكروبات بكمية عظيمة أمكنه زرعها ولكن Tuffier Albarran Doyen فحصوا جيداً الحصوات المكونة من حمض البوليك والبولات فلم يجدوا فيها ميكروبات مطلقاً وكل التحاليل الكيمائية لم تثبت وجود متحصلات الميكروبات داخل النواة ولكن على كل فالنظرية فى حد ذاتها متينة جداً من الوجهة الكيمائية لانها تهيىء كل أسباب الحصاة ومن الوجهة الاكلينيكية لكثرة وجود الحصاة مع عدوى الجهاز البولى

(ب) الاجسام الغريبة — من المعلوم قديماً ان أى جسم غريب يوجد فى الجهاز البولى ترسب عليه الاملاح بسرعة ويكون نواة للحصاة ولكن Dagavarian Wiedenski أثبتوا أنهم وضعوا أجساما غريبة فى المثانة بدون أن يحصلوا فى كل دفعة على حصوات و Wienitz قد استخرج بوز قسطرة

وضعه فى المثانة من ١٧ سنة بدون أن ترسب عليه أملاح وعليه قدر Tuffier بعد تجارب عديدة ان الاجسام الغريبة التى توضع فى المثانة لا ترسب عليها الاملاح الا اذا كانت غير عقيمة ودائماً يكون الرسوب فوسفاتيا وأما العقيمة فلا ترسب عليها الاملاح

هذه هى الاسباب وكل مؤلف يحبذ البعض ويستبعد الآخر وأما نحن فنحب أن نلخص ملخصاً بسيطاً ونرجع للحصوات التى فيها عوامل قليلة جداً حتى نستنتج الحقيقة وبعد ذلك نطبق هذا على المجموع ونقرر ما نراه مطابقاً للواقع الاكلينيكى

أولا — ان كل حصاة يلزم لتكوينها نواة ترسب عليها الاملاح

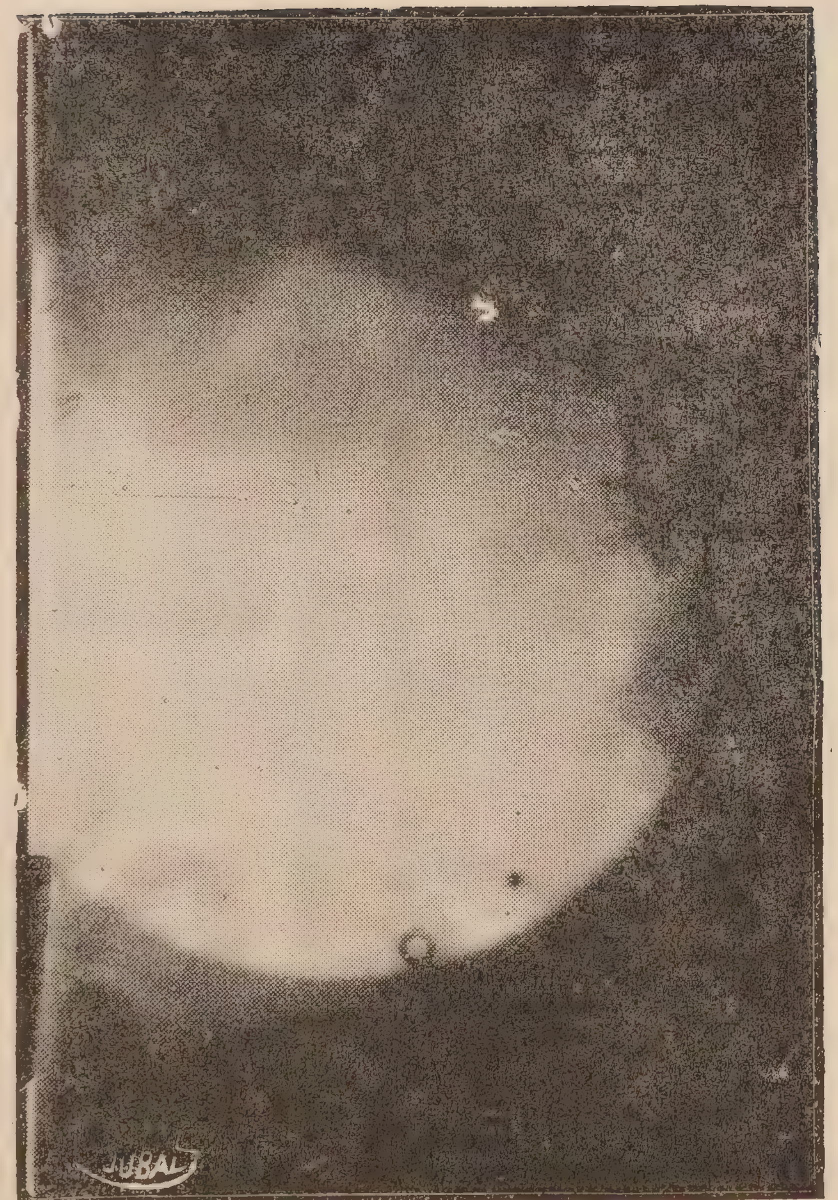
ثانياً — وجود مادة لزجة تلحم هذه الأملاح

أما الاملاح فموجودة دائما ولكن النواة والمادة اللزجة التى تكون الحصوات عليها كثيرة جداً عند الاطفال وتوجد بكثرة أيضاً عند الاطفال الذين سنهم أقل من سنتين — (أنا جمعت أكثر من ٨٠ حالة) فى أغلب الحالات تنحشر الحصاة فى فتحة مجرى البول أو قريبا منها والبعض يبقى فى المثانة وكل هذه الحصوات بولية أو أكسلانية وأقر أيضاً واستند على رأى اخواننا الاطباء المشتغلين بامراض الاطفال أن عدوى الجهاز البولى بباسيل كولى Coli الحالة التى تسمى باسيلوريا Bacilluria كثيرة الانتشار فى الاطفال المصريين بعد أو مدة اصابتهم بالنزلات المعوية وأن كثيراً من هذه العدوى قصيرة المدى وتزول بسرعة بعد شفاء الطفل والبعض يستمر لزمن طويل

فى بعض اصابات الحمى التيفودية أو البارتيفود تحصل مضاعفات مثانية أو كلوية تنتهى فى كثير من الاحيان بتقيح فى الكلى لاشخاص كانوا فى غاية الصحة والغريب جداً أن بعض هؤلاء الاشخاص تكون عندهم حصوات كلوية بعد شفائهم بزمن وقد صادفت ثلاث حوادث وأقدم لكم واحدة



(شكل ١)



(شكل ٢)

منهـا — مصاب بحمى باراتيفود حصل عنـده تقيح دعيت « للاستشارة » باعتبار أن الحالة خراج تحت الحجاب الحاجز ولكن وجدتها خراجا بالكلى وبالكشف بالاشعة بعد شفاه لم توجد حصوات ولكن بعد مضى ثلاثة شهور وجدت حصوات كثيرة فى الكلى

فى كل حوادث الحصوات الكلوية أو حصوات المثـانة يوجد صديد فى البول ولم أسمع بحالة عقيمـة الا فى حادثة واحدة ذكرها لى أحد اخوانى المختصين (الدكتور غرغفور) ودائما ينظر لهـذا الصديد بانه حالة تابعيـة لوجود الحصاة فلما لا يكون هو السابق

بعد هذا الملخص البسيط اسمحوا لى أن أقدم نظريتى فى تكوين الحصوات تكون الحصوات فى الجهاز البولى هو عبارة عن المقاومة التى يقوم بها الجسم للخلاص من مهيج غريب هو بالتأكيد العدوى بميكروبات مرضية قيحية

الجسم لا يقبل جسما غريبا فيـه فخيط الجراح يتكيس بانسجة ليفيـة ومسمار العظام يحاط بنسيج عظمى أما الاغشية المخاطيـة فان افرازاتها تزيد وتسيل للخلاص من هذا الجسم

هذه الحالة عامة فى السلم الحيوانى حتى فى الحيوانات الدنيئة وهى منشأ تكون اللؤلؤ فى الاصـداف وأمكن الآن لليابانيين احداث اللؤلؤ الصناعى بوضع مهيج للصدفة — نرجع للجهاز البولى الذى تزيد فيه العوامل بوجود سائل محمل باملاح قابلة للرسوب فان هذه الاملاح ترسب حول النواة المكونة من مواد عضوية التهابية وتلتصق وتتلاحم فى زلال الصديد والدم وكلما هيجت الحصاة الصغيرة المتكونة المثانة أو الكلى كلما رسبت عليها الطبقة بعد الطبقة من الاملاح البولية التى تختلف فى تركيبها حسب تفاعل البول حمضياً كان أو قلويا

هذه الظاهرة تحصل فى نفس الجسم الانسانى فى أعضاء أخرى كما هو ثابت من تكوين الحصوات الصفراوية واللعابية

وأنا بمساعدة اخوانى أخص منهم الدكتور مصطفى عمر بحثنا نوايا حصوات عديدة كلها بوليك واكسيلات فلم نعثر على ميكروبة واحدة وكل فحص كيماوى لم يوصلنا الى وجود متحصلات الميكروبات فى هذه النوايا . وكان غير معقول أن نجد لان الميكروب يموت ولكن ما رأيكم فى أبحاث Guyon الذى وجد فى كل هذه النوايا مواد عضوية أما فى الحصوات الفوسفاتية فكثيراً ما توجد الميكروبات تحت طبقتها فان لم ننجح من الوجهة العلمية فان المسألة ثابته وثابتة جداً من الوجهة الاكلينكية فمثلا بماذا نعلل تكون الحصوات عند الاطفال وسنهم أقل من سنتين بغير العدوى وبماذا نعلل ظهور الحصوات بعد التقيح الكلوى عند المصابين بحمى تيفودية بغير العدوى

بقى مسألتان مهمتان : الاولى لماذا لا تتكون الحصوات فى جميع الاحوال التى تكون فيها العدوى . ذلك لأن العدوى البسيطة سريعة الزوال فلا توجد حصوات . وأما العدوى الشديدة التى تحدث تقلصا فى الغشاء المخاطى وانفصال خلايا منه فهى التى يمكن أن تكون سببا للحصوات

البلهارسيا — فى مصر مرض منتشر واليه يرجع معظم تكون الحصوات . تعالوا معى نتذاكر هل تتكون الحصوات معها بدون تقيح وعدوى وهل يذكر احدكم مع توفر النزيف فى الحالات الاولى وعدم وجود التهاب مثانى انه توجد الحصاة . هل فى الاورام الحلمية بلهارسيا كانت أم غيرها تتكون الحصوات بدون عدوى شاهدتم مسألة الجسم الغريب وعلمتم رأى Tuffiée أن الاجسام الغريبة لا تتكون عليها حصوات الا اذا كانت غير عقيمة — أعنى تقيحاً أى التهابا تابعاً لعدوى — العدوى سهلة من طريقين : الاول المجس الذى يعمل لكل مصاب بهذا المرض . الثانى طريق انتشار الميكروبات من الجهاز الهضمى الى المسالك البولية وكلكم يذكر رائحة Coli Bacilli التى يكون البول متشبعا بها فى بعض الاحيان

تحديد دواعى عملية الشق القيصرى

محاضرة القاها فى الجلسة العلميـة الواحدة والثلاثين
للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الدكتور عزيز عبد المجيد

اعتذر لحضراتكم لاختيارى هذا الموضوع فانى وان كنت لا جراحاً ولا مولداً غير أنه طرأت ظروف خاصة جعلتنى ابحث بحثا مستفيضا فى كل ما أمكننى الحصول عليه مما كتب فى هذا الموضوع

أول من عمـل العملية القيصرية بشكلها الحديث هو سنجر Sanger فى سنة ١٨٨٢ ومن ذلك العهد دخلت ضمن العمليـات المعتمدة فى جراحة الولادة وكانت قبل ذلك لا تعمل الا اذا كانت الحامل قد ماتت أو فى حالة النزع . وقد كانت هذه العملية فيما مضى من العمليات الصعبة ولم تكن تعمل الا فى أحوال خاصة من ضيق الحوض حيث يكون الضيق شديداً والجنين حياً وفى الشهر الاخير من الحمل والأم وأهلها فى شغف شديد للحصول على طفل حى . أما الآن فبتقـدم فن الجراحة سهلت العملية جداً على الجراحين والمولدين حتى صرنا نراها تعمل فى احوال كثيرة قد يمكن معالجتهـا بطرق أخرى ففتح البطن واخراج الجنين منها أسهل بكثير على الجراح من التوليد فى كثير من الاحوال العسرة ولذا لوحظ أن التجاء الجراحين والمولدين الى هذه العملية صار أكثر ممـا يجب وازدادت دواعى العملية فى نظرهم ازدياداً عظيما وذلك أمر لا يخلو من الخطر . حقيقة ان النتائج المباشرة لهـذه العملية باهرة بالنسبة للاطفال ولـكن هناك على الدوام شىء من الخطر على الام فقد دلت الاحصاآت ان وفيات العملية القيصرية تبلغ نحو ٤ ٪ بينما نرى الوفيات

فى كثير من عمليات التوليد الاخرى صفراً وعلاوة على ذلك فالمرأة التى تعمل لها العملية القيصرية تصبح ذات رحم به ندبة دائمة لا يعلم الا الله مقدار ما فيها من الخطر الـكامن اذا حملت مرة أخرى

دواعى العملية

ضيق الحوض : أهم الدواعى كلها ولا سيما اذا كان القطر المقترن الحقيقى (Conjugata Vera) أقل من ٨ سنتيمتر ولـكن المهم فى الحقيقة هو النسبة بين حجم الجنين واتساع الحوض ثم قبل الالتجاء الى هذه العملية يلاحظ أن هناك طرقاً أخرى للتوليد قد تكون فى بعض الاحوال أقل خطراً وأسلم عاقبة مثل عملية قطع العانة Pubiotomy وكذلك اذا رؤيت الحالة قبل ميعاد الوضع بوقت كاف قد يمكن التخلص من الشق القيصرى بعمل احداث الوضع قبل الاوان (Induction of premature labour)

وقد عملت احصائيـة للعمليات القيصرية التى عملت لضيق الحوض فى بلاد الانجليز فى عشر سنوات (من سـنة ١٩١١ الى سنة ١٩٢٠) فوجدت ٣٣٧٣ توفى منها ١٣٩ حالة أى بنسبة ٤و١ ٪ أما وفيات الاطفال فبلغت ١٢٢ جنيناً ولدوا ميتين أى بنسبة ٣و٩ ٪ و ١٣١ طفل توفوا قبل ترك المستشفى أى بنسبه ٤و٢ ٪ أما بعملية احداث الوضع قبل الاوان فوفيات الامهات فيها صفر ووفيات الاطفال ١٣ ٪ وعندى انه يجب اختيار عملية احداث الوضع كلما أمكن ذلك بالرغم عن خطرها على الاطفال لان الام قد تأتى بطفل آخر ولـكن الطفل لن يحصل على أم أخرى

الاورام : الاورام التى تعيق الوضع هى غالباً من نوعين. الاورام الليفية العضلية للرحم . واكياس المبايض ففى النوع الاول قد يكون الورم بحجم يجعل الولادة المهبلية مستحيلة ولـكن لا يجب أن تغشنا الظواهر فقد شوهدت

أحوال كثيرة كان يظن فى بادىء الامر أن الولادة العادية مع وجود الورم مستحيلة ولمـا بدأت الولادة ارتفع الورم وترك ممرا كافيا لنزول الجنين وفى الاحوال التى يلجأ فيها الى العملية القيصرية يستحسن غالبا استئصال الرحم أيضاً أما أكياس المبايض فمن النادر جداً أن تكون سبباً اضطراريا للعملية القيصرية حيث الواجب عمله هو استئصال الكيس من البطن ثم عمل التوليد المهبلى

وقد أحصيت العمليات القيصرية التى عملت فى بلاد الانجليز لسبب الاورام الليفية فى بحر العشر سنوات المذكورة فوجدت ٨٨ حالة توفى منهـا ٩ نساء أى بنسبة ١٠٪ تقريباً وقد عمل استئصال الرحم فى ٤٢ حالة منها وتوفى من الاطفال ٢٢ منهم ١١ ولدوا ميتين و ١١ توفوا بعد الميلاد بقليل أى بنسبة ٢٥٪ وقد عملت العملية القيصرية فى نفس المدة لسبب أورام المبايض ٤١ مرة توفى منها ٧ نساء ولـكن لاشك فى أن الوفيات كانت تصير أقل من ذلك بكثير لو استئصل الورم من البطن وعمل التوليد من المهبل وقد توفى من الاطفال ٥ . وقد عملت العملية القيصرية فى بعض أحوال اورام أخرى مثل كيس فى الرباط العريض وأورام عظيمة فى الحوض وسرطان فى عنق الرحم وغير ذلك فـكانت وفيات النساء فيها ١٧٫٦٪ والاطفال ٣٣٪

الا كلمسيا : عملت العملية القيصرية فى هذا المرض اتباعا للنظرية القائلة أن سبب الا كلمسيا سم سائر فى الدم تفرزه المشيمة ولـكنها نظرية لم تثبت صحتها و بناء عليه كان عمل هذه العملية فى هذا المرض قائما على غير أساس ولـكن هل منها فائدة ؟ هذا ما سيدلنا عليه الاحصاء الآتى : — عملت العمليـة القيصرية فى بلاد الانجليز فى بحر العشر سنوات المذكورة فى مرض الا كلمسيا ١٩٦ مرة توفى منها ٦٣ أمرأة أى بنسبة ٣٢٪ تقريباً ونسبة وفيات الاطفال ٥٠٪ بينما نرى وفيات النساء فى مرض الا كلمسيا الذى يعالج على طريقة مستشفى الروطندا بارلندا ٧٫٣٪ وعلى طريقة ستروجانوف ٨٫٩ ٪ ! يتضح من ذلك

أن علاج الاكلمسيا بالعملية القيصرية عبارة عن جناية على الامهات وقد قال أحد كبار الثقاة ما يأتى : —

« The performance of cœserian section for eclampsia is but a clumsy method of bleeding the patient »

هـذا واذا تذكرنا أن الاكلمسيا لا تصيب الا الحوامل فى أول مرة (البكارى) غالبا وتذكرنا الخطر الذى قد ينجم فى حمل مستقبل لمن عملت لها هذه العملية كان ذلك سببا لان لا نلجأ الى هذه العملية فى هذا المرض باى حال من الاحوال

الوضع المعيب للمشيمة (Placenta praevia) : أول من اقترح العملية القيصرية فى هذه الاحوال هو لوزون تيت (Lawson Tait) فى سنة ١٨٩٨ ولكن لم يشع استعمالها الا فى هذه السنين الأخيرة ويدعى بعضهم أنها أحسن طريقة لعـلاج هذه الحالات ويقولون برهاناً على ادعائهم أن الخطر على الأم لايزيد عن العلاج بالطرق الأخرى والخطر على الجنين يقل قلة عظمى فاذا رجعنا الى الاحصائيات التى عملت فى هذا الموضوع وجدنا أنه فى بلاد الانجليز فى العشر سنوات المذكورة عملت العمليـة القيصرية فى حالات الوضع المعيب للمشيمة ١٣٩ مرة توفى منها ١٦ أماً أى بنسبة ١١٫٥ ٪ . أما بواسطة العلاج بالطرق الأخرى مثل التحويل (Version) فقد وجد أن بين ٣١٧ حالة (وهى جميع حالات الوضع المعيب للمشيمة التى دخلت مستشفى الولادة فى برمنجهام فى بحر العشر سنوات من ١٩١١ الى ١٩٢٠) توفى ١٨ امرأة أى بنسبة ٥٫٦ ٪ فيتضح جلياً من ذلك ان خطر العملية القيصرية يبلغ نحو ضعف خطر الطرق الأخرى بالنسبة للأمهات أما بالنسبة للأجنة فحقيقة العملية القيصرية تنجى كثيراً منهم قد لا يمكن نجاتهم بالطرق الأخرى فمن الـ ١٣٩ طفل الذين ولدوا بالعملية القيصرية ١٠ ولدوا ميتين أى بنسبة ٧ ٪ تقريباً و ٢٩ طفل توفوا

قبل خروجهم من المستشفى أى بنسبة ٢٢,٣ ./. وبالطرق الأخرى المعروفة لعلاج الوضع المعيب للمشيمة تتراوح وفيات الاطفال بين ٤٠ و ٦٠ ./. ولكن هل لنا أن نستنتج من ذلك أن العملية القيصرية أحسن الطرق فى علاج الوضع المعيب للمشيمة ؟ أظن لا

النزيف الحادث (Accidental haemorrhage) : نتائج العملية القيصرية فى هذه الأحوال سيئة للغاية وعلى ذلك لا محل لهذه العملية ففى الاحصاء المذكور وجد أن ٦٦ حالة عولجت بالشق القيصرى توفى منها ١٨ أى بنسبة ٢٧ ./. أما وفيات الأطفال فحوالى ٩٠ ./. وبالرغم من هذه النتائج يوجد من يقولون بعملها

هذا وقد أجرى الهائمون بالعملية القيصرية عملها فى أحوال أخرى كثيرة منها النساء اللواتى عمل لهن فى الماضى عملية تثبيت الرحم فى جدار البطن ثم فى أحوال سقوط الحبل السرى والوضع الكتفى للجنين والمجىء بالأليتين والأحوال الغير طبيعية للجنين مثل استسقاء الدماغ (Hydrocephalus) واستسقاء الامنيوس (Hydromnios) الخ. ثم فى أحوال صلابة عنق الرحم أو المهبل وفى أحوال أمراض القلب عند الأم والسل الرئوى وغير ذلك ومن الغريب أن قد عملت العملية القيصرية لامرأة بدون سبب غير أن عمرها ١٤ سنة ! !

دواعى الابتعاد عن العملية القيصرية : سهولة هذه العملية بالنسبة للجراح وصعوبة كثير من الطرق الأخرى للتوليد فى الاحوال العسرة قد يكون سبباً فى التسرع فى عملها بدون تبصر كاف فى نتائجها فاول ما يجب عمله هو مقارنة الطرق الممكنة للتوليد وموازنة نتائجها ببعضها من جميع الوجوه أى من وجهة الأم أولا ومن وجهة الجنين ثانياً ثم من وجهة الانذار البعيد ويجب الامتناع ما أمكن عن الالتجاء الى هذه العملية فى الاحوال التى يكون بها اشتباه بأنها غير نظيفة كالاحوال التى يكون كيس المياه فيها قد

انفجر ولا سيما اذا كان قد حصل بحث مهبلى متكرر وبالاخص اذا كان حصل شروع فى توليد بطرق أخرى فالوفيات فى كل هذه الاحوال كبيرة جداً وكلها من التهابات بريتونية والتهابات تقيحية أخرى ولا ننسى أن حصول أنزفة متعددة ولو بدون عمل بحث مهبلى بالمرة يجعل الحالة غير نظيفة ومعرضة للتقيح وقد صدق بار فى قوله

« Elle (l'opération césarienne) devient une opération très dangerense dès qu'on s'adresse à des cas qui ne sont pas obsolument purs »

كذلك يجب التأكد من حالة الجنين ليس فقط من وجهة كونه حياً بل من وجهة ماينتظر أن يكون من حالته بعد ميلاده اذ لا فرق يذكر بين الجنين يولد غير تام الخلقة أو فى حالة ضعف شديد ويموت بعد ميلاده ببضعة أيام أو أسابيع وهو ما يعبر عنه بعض الانجليز بقولهم (Living Still- birth)

أخطار العملية : علاوة على الأخطار العادية التى تصحب كل عمليات فتح البطن على السواء يوجد خطر الالتهاب البريتونى والتسمم الصديدى وتقيح الجروح وكل هذا ناشئ من عمل العملية فى أحوال « غير نظيفة » حيث يكون التجويف الرحمى قد تعرض لدخول ميكروبات الصديد فيه

ولكن هناك خطراً غير مباشر يستحق أن يستوقفنا قليلا ألا وهو

تمزق ندبة الرحم

ان خطر تمزق أثر الالتحام فى الرحم من حمل أو وضع مستقبل يزداد مقداره كلما ازدادت دواعى العملية القيصرية فبعد أن كانت فى الماضى لاتعمل الا لضيق الحوض الشديد أصبحت الآن تعمل لأسباب أخرى عديدة وبعد أن كانت المرأة التى تعمل لها العملية القيصرية مرة يجب أن تعمل لها فى كل مرة أصبح كثير منهن عرضة للولادة الطبيعية فتصير الندبة عرضة لتحمل ضغط شديد جداً لم تكن لتتعرض له فى ظروف أخرى وقد جمع اردلى هولاند

(Eardly Holand) حوالى ١٠٠ حالة تمزق فى ندبة الرحم نشر عنها فى العالم الطبى لغاية سنة ١٩٢٠ فاستنتج منها ان الوفيات بلغت نحو ٣١ ٪ بالنسبة للأم و ٧٦ ٪ بالنسبة للجنين مع العلم أنه لا بد من حدوث كثير من حالات التمزق لم ينشر عنها وهذه فى غالب الأحيان انتهت بالوفاة وقد بحث هرار (Harrar) بمستشفى الولادة بنيويورك ندبات الأرحام فى ٥٠ امرأة أعيدت لهن العملية القيصرية فوجد أن فى ٤٢ حالة كانت الندبة فى حالة جيدة وفى ٤ حالات كانت رقيقة جداً وفى حالتين كان هناك تمزق جزئى وفى حالتين أخريين كان هناك تمزق تام وقد يحصل أحياناً أن تظهر الندبة كأنها قوية لأول وهلة ولكن عند فحصها بدقة فى كل طولها بجسها بين الابهام والسبابة قد نراها رقيقة الى درجة عظيمة فى بعض النقط وفى الحالات حيث الندبة رقيقة لا نرى بالفحص الميكروسكوبى أليافاً عضلية فيها بل أنسجة ليفية فقط وقد نرى أحياناً أن هذه أيضاً معدومة فالغشاء البريتونى قد يكون ملتصقاً مباشرة بالغشاء المخاطى للرحم . ففى هذه الحالات لم تكن العضلات قد التحمت بالمرة بعد العملية القيصرية بل انفصلت شفتا جرح العضلات عن بعضها و بقيت مسافة بينهما قد يصل عرضها الى بضعة سنتيمترات أما جرح البريتون فانه يلتحم تماماً

من ذلك يتضح كم يكون من السهل تمزق مثل هذه الندبات عند حدوث حمل جديد ولا سيما اذا تركت الحامل لتلد وحدها ولادة طبيعية

هذا وقد وُجد أن أغلب الحالات التى تتمزق هى التى لم يكن حصل فيها الالتئام بالقصد الأول فالتقيح هو أهم الاسباب المعرضة للتمزق ففى ٦٦ حالة تمزق وُجد أن العملية كانت متقيحة فى ٥١

وقد يجوز أن يحصل التهاب تقيحى خفيف فى جرح الرحم قد تتغلب عليه المريضة وينتهى بدون أن تظهر له علامات خارجية بحيث يكون التئام جرح البطن قد تم بالقصد الأول ولا ندرى بحصوله الا بوجود التصاقات

كبيرة بين الرحم والسراب وجدار البطن أو بوجود حفر عميقة فى ندبة الرحم عنـد فتح البطن مرة أخرى وكثيراً ما تكون النقاهة فى أحوال العملية القيصرية مصحوبة بارتفاعات فى الحرارة لا يمكن تفسيرها الا بوجود تقيح خفيف فى جرح الرحم بدون تقيح فى جرح البطن ففى مستشفيين فى لندن وهما The London Hospital, The City of London Maternity Hosp وجد فى ٨٤ عملية قيصرية متوالية ٤٦ حالة حصلت فيها ارتفاعات فى الحرارة أى بنسبة ٥٥٪ وذلك بدون تقيح ظاهرى

ولكن عدم التقيح وعدم ارتفاع الحرارة لا يطمئننا على مستقبل المريضة اطمئناناً تاماً حيث لدينا عدد ليس بالقليل من التمزق فى حالات لم يكن عندها تقيح ولا ارتفاع فى الحرارة عند العملية القيصرية

ثم قد يكون لنوع الخيط المستعمل فى خياطة الرحم دخل فى موضوع التمزق وقد بحث Eardly Holland فى هذا الموضوع فلم يصل الى نتيجة حاسمة غير أنه يرى ان الكاتوجوت غير مناسب لكونه يمتص بسرعة زائدة ولا سيما فى الأحوال المتقيحة ثم لا يشير كثيراً باستعمال الحرير الذى يصبح بؤرة للميكروبات اذا كان الجرح غير عقيم وبناء عليه يرى أن الـ Silk-worm.gut أفضل من الاثنين السابقين فى خياطة الغرز الغائرة فى جدار الرحم ولكن لم يوافق على ذلك كثيرون

ولكى نقلل من أخطار تمزق الندبات جهد الطاقة يجب أن لا نترك أى امرأة عمل لها الشق القيصرى فيما مضى تلد فى بيتها بل يجب أن تكون فى مستشفى مستعد تحت مراقبة دقيقة فى الشهرين الاخيرين من الحمل حتى اذا حصل التمزق يبادر بفتح البطن فى الحال كما حصل فى حالة فى المستشفى الاميرى باسكندرية أخيراً

كذلك لا يجوز استعمال بعض الطرق الشديدة فى التوليد مثل التحويل أو ادخال كيس شاتييه دى ريب ولا يجوز أن يسمح للولادة أن تطول مدتهـا ولا يصح أعطاء البتيوترين

ومن الغريب أنه قد شوهدت حالات حملت المرأة فيها حملا تاليا للعملية القيصرية انتهى بولادة طبيعيه بسلام ولكن حصل تمزق فى حمل ثالث ونستنتج من ذلك أن ولادة طبيعية تالية لعملية قيصرية لا تجعلنا فى اطمئنان تام على حالة أثر الالتحام الموجود فى الرحم

بقيت مسألة هامة وهى ما هى النسبة التى يحصل فيها تمزق فى نوبة الرحم وللجواب على هذا السؤال بحث Eardley Holland ١١٠٣ حاله عمل لها سابقاً العملية القيصرية فوجد أن ٦١٦ منهن لم يحملن بالمرة و٤٨٧ حملن ومن هؤلاء ٧٨ ولدن ولادة طبيعية و ٣٥٢ أعيدت لهن العملية القيصرية و ٤٧ أجهضن و ٧٦ كن لازلن حبالى عند كتابة تقريره وحصلت ١٨ حالة تمزق فى نوبة الرحم نرى من هذه الارقام أن ١٨ حالة تمزقت فى ٤٨٧ حمل ولكن يجب أن نقصى من عدد الحوامل النساء اللواتى أجهضن فيكون عدد الحوامل الحقيقى أى اللواتى بقى معهن الحمل الى الشهور الاخيرة ٤٤٨ وعلى ذلك تكون نسبة التمزق ١٨ الى ٤٤٨ أى ٤ ٪ ونسبة عدد حالات التمزق الى عدد الحالات التى تم فيها الوضع الطبيعى هى ١٨ الى ٧٨ أى بنسبة ٢٣ ٪ وهى نسبة محزنة للغاية

ثم هناك أمر آخر يمكن استنتاجه من هذه الاحصائية وهو العقم النسبى relative sterility الذى يحدث بعد العملية القيصرية فمن ١١٠٣ حالة ٦١٦ لم يحملن بالمرة أى بنسبة ٥٦ ٪ مع العلم بأن اغلبهن كن فى اول حمل لهن ثم لاتغرنا نتيجة هذه العملية بالنسبة للاطفال اذ ان كثيراً من الاطفال الذين يولدون احياء بالعملية القيصرية يكونون فى حالة ضعف ويموتون بعد الميلاد ببضعة أيام واسابيع كما رأينا فى احوال العملية القيصرية لحالات الوضع المعيب للمشيمة (٧ ٪ ولدوا ميتين و ٢٢٫٣ ٪ ماتوا قبل ترك المستشفى) اما كان الافضل فى هذه الاحوال ان يعمل التوليد بالطرق الاخرى بالرغم من زيادة

الخطر على حياة الاجنة بعض الزيادة

هذا وقد بحث توماس جامبل (Thomas Camble) فى أميركا ٥١ حالة عملت فيها العملية القيصرية اكثر من مرة من وجهة حالة ندبة الرحم ونشر بحثه فى Johns Hopkins Hospital Bulletln عدد مارس ١٩٢٢وها كم بعض النتائج التى توصل اليها

ضعف ندبة الرحم قد يكون مسببا عن امر واحد أو جملة امور معا واهمها جميعاً التقيح

عدم حصول التقيح او ارتفاع الحرارة بعد العملية القيصرية لا يمنع حدوث التمزق فى حمل او ولادة مستقبلة منعا تاما

الدقة فى خياطة جرح الرحم فى العملية القيصرية يقلل بلاشك حدوث ضعف الندبة ولكنه لا يمنعه منعاً قاطعاً

القول بان (من عملت لها العملية القيصرية مرة يجب ان تعمل لها فى كل مرة) لا يمكن قبوله الا بتحفظ

كل من عمل لها العملية القيصرية يجب ان تكون تحت ملاحظة دقيقة فى مستشفى مستعد فى الشهرين الاخيرين لكل حمل مستقبل

البول الدموى

محاضرة ألقاها فى الجلسة العلمية الثانية والثلاثين
للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الدكتور احمد قدرى

طبيب مستشفى الامراض التناسلية بصحة بلدية اسكندرية

زملائى الافاضل : ان ما سأتلوه على مسامعكم الآن ليس الا خلاصة من المباحث العلمية أذكره على سبيل التذكير وسأخص ما هو جديد منه بشىء من الاسهاب :

ان بحثنا الآن هو البول الدموى Hematurie وقبل البدء فى هذا الموضوع يجب أن أذكر الأمراض التى توجب هذه الحالة وهى :

أولا — البلهرسيا

ثانياً — وجود الحصاة فى الجهاز البولى

ثالثاً — كافة الأورام فى هذا الجهاز فى المثانة وفى الكلية وفى البروستاته

رابعاً — التدرن فى الجهاز البولى

خامساً — احتقان الكلية بعد الأمراض العفنة كالجدرى والحمى القرمزية والتيفوئيد الخ

سادساً — التهاب الكلية المصحوب بالبول الدموى nephrite hematurique

سابعاً — التهابات الكلية المزمنة

ثامناً — الرضوض

تاسعاً — التهاب المثانة أو تقرحها

عاشراً — Varice renales الدوالى الكلوية والكلية المتحركة والحبل واستسقاء الكلية hydronephrose

بعد هذا نقول : كثيراً ما يتبادر الى ذهن الطبيب العامل فى القطر المصرى عند ما يرى مريضاً يختلط بوله بالدم ان هذا المريض مصاب بالبلهرسيا فاذا انبرى لمعالجته عمد الى معالجة هذا الداء وما ذلك الا لكثرة انتشاره فى هذه البلاد وتعدد حوادثه بالنسبة الى سواه من الامراض الكثيرة التى تسبب البول الدموى ومعلوم أن الخطأ فى تشخيص المرض يؤدى الى الخطأ فى المعالجة فبعد ذكر ذلك وجب أن نبحث فى علل ظهور الدم الذى نشاهده فى البول

البول الدموى : هو عبارة عن وجود الدم مختلطاً بالبول فى الجهاز البولى فى أعلى الأحليل الامامى وهذا غير النزيف الاحليلى الذى ينساب به الدم من الاحليل الأمامي فى غير أوقات التبول وهو عارض مهم يجب الانتباه اليه

وعدم اهماله مهما كان جزئياً اذ قد تكون صحة المريض حسنة فى الظاهر فى حين تكون العلة كامنة فيـه تسرى سيرها الخطر فتنغص عيش هذا المريض فى مستقبل أيامه . ان البول الدموى يظهر امامنا فى ثلاثة أشكال

أولا — يكون البول ملوناً بالدم بدرجات مختلفة أى أنه يكون وردياً أو أحمر قانياً أو أحمر غامقاً ضارباً الى السواد ويكون أحياناً كالدم الصافى وقد يكون فى هذه الحالات مصحوباً بتجمـدات دموية وهذا البول اذا ترك حتى يرسب يظل ملوناً . واذا كثر فيه الدم يترك تحته راسباً يختلف من حيث اللون والـكمية بنسبة كثرة الدم وقلته فيـه على أن البول لا يحتاج الى كثير من الدم ليغير لونه فملعقة صغيرة منه تكفى لتلوين لتر من البول بلون أحمر قان

ثانياً — يكون البول بلونه العادى غير محمر وانما تظهر فى قعر الوعاء الذى يوضع فيه خيوط Filament دموية بمقادير مختلفة وهى عبارة عن رواسب دموية صغيرة وتصحبهـا مادة صديدية ، والراسب الصديدى اما أن يكون ملوناً بالدم أو مخططاً بشئ من الخيوط الدموية . وقد يكون الدم والصديد طبقتين مستقلتين

ثالثاً — يكون البول بلونه العادى ولا تظهر فيه رواسب دموية ولـكن اذا فحص بالميكروسكوب يظهر الدم فيـه ولتحرى هذا النوع من البول الدموى أهمية خاصة فى تشخيص الحصاة والسرطان فى الـكلية وكما أن الميكروسكوب يساعدنا على معرفة البول الدموى مهما كان مقدار الدم فيـه قليـلا كذلك يساعدنا على معرفة سبب تلون البول هل هو ناتج من الدم أو من الهيموكلوبينورى أو الصفراء أو استعمال بعض الادوية بكثرة كالراوند والسنمكى والسالول الخ ففى هذه الحـالات لا يظهر تحت حقل الميكروسكوب أثر للـكرويات الدموية كما يظهر فى حالة البول الدموى .

وهنـالك عوامل كيماوية عديدة غير الفحص الميكروسكوبى تظهر الدم فى البول أذكر منها تعامل ماير Reactif Meyer . اذا أخذنا أنبوبة ووضعنا فيهـا سنتيمترين مكعبين من البول وسنتيمتراً واحداً من المحلول المكون من ٢٠ غرام محلول البوتاس انهيدريد ٢٠ بالمئـة ثم غرامين فنول فتالين وعشرة مسحوق الزنك ووضعنا فوق ذلك ثلاث أو أربع نقط من الماء الحمضى بحجم ١٢ ثم خضضنا الأنبوبة وتركناها بضع دقائق نرى أن هذا المحلول أصبح أحمر اذا كان فيه شىء من الدم ولو قليلا وشدة الأحمرار وقلته تتوقف بالطبع على كمية الدم الموجودة ، ولا عبرة باللون متى ظهر بعـد خض الأنبوبة بزمن طويل .اما اذا كان لون البول مغيراً بسبب وجود هيموجلوبنيوريا أو على أثر استعمال بعض الادوية المتقدم ذكرها فلا ينتج من مزج البول والعامل الـكيماوى شىء مما ذكرناه ولا يتغير لون البول فيستخلص مما تقدم أن لدينا طريقتان لاكتشاف الدم فى البول طريقة طبيعية ميكروسكوبية وطريقة كيماوية

بقى علينا أن نعرف مصدر هذا الدم وهذا يظهر من معرفة علاقة الدم بالتبول فاذا خرج الدم مع أول البول يسمى ابتدائياً ويكون مصدره الأحليل البروستاتى واذا خرج فى آخره أو معه كله وازداد فى آخره يسمى انتهائياً ويكون مصدره المثانة أو البروستاته المحتقنـة واذا ظهر مع البول كله يسمى عاماً ويكون مصدره الـكلية ولأجل التحقق من كل هـذه الحالات الثلاثة يكلف المريض أن يبول فى ثلاثة أقداح بالتتابع فاذا ظهر الدم فى القدح الأول يكون ابتدائياً واذا ظهر فى الثالث يكون انتهائياً واذا ظهر فى الثلاث على السواء يكون عاماً . أن الدم الابتدائى الذى يظهر فى أول البول منشأه البروستاته المصابة بالسرطان حيث ينزف الدم تدريجياً ويجتمع فى الأحليل الخلفى ثم يقذف بالبول ويظهر عندئذ فى بدئه . اما اذا كانت البروستاته المتضخمة المحتقنة سبب النزيف فان مركزها التشريحى يسهل نزيف الدم الى

المثانة وعليه يصبح الدم نهائيا . أما البول الدموى النهائى فان منشأه المثانة الملتهبة . ومنشأه العمومى الكلية وعند وجود تجمدات دموية طويلة فى البول مصحوبة بالآم فى الناحية القطنية أو نوبات (Crise) كليوية فلا يبقى ريب فى التشخيص بأن منشأ الدم هو الكلية . ثم اننا نستطيع ان نرى بواسطة كاشف المثانة Cystoscope الدم وهو ينزف من الحالب اما اذا أردنا فحص حالة المثانة لنرى ان كان الدم منها فيجب اجراء الفحص فى الفترات التى لا يظهر فيها الدم حتى لا يحجب وجوده رؤية داخل المثانة

ذكرت فى ابتداء الكلام عدة أسباب تحدث البول الدموى وسأتكلم الآن عن بعض هذه الاسباب :

البلهرسيا — معلوم أن البلهرسيا تكثر فى القطر المصرى ولذلك يجب ان نعرف ان كانت هى التى تسبب البول الدموى فيما يعرض علينا من الحوادث ولاسيما اذا كان الدم نهائياً لانها فى الغالب تصيب المثانة ولا توجد بكثرة فى الكلية أو الامعاء فيظهر الدم آخر البول ومع ذلك فقد يكثر نزيف الدم حتى يصبح كل البول كالدم فى بعض الحالات فيضعف المريض ويسبب فقر الدم عنده . وكثيراً ما يشكو المصاب بالبلهرسيا من تعدد مرار البول والالم الذى يرافقه واذا التهبت المثانة بسبب ميكروب آخر تتضاعف شدة الاعراض المتقدمة الذكر . وقد يصاب المريض بالبلهرسيا بالام فى الكلية سببها رد الفعل العصبى فى أكثر الحالات وان لم تكن الكلية مصابة لانها تتأثر بتأثر المثانة . واذا فحصنا المثانة بكاشف المثانة نجد فى بطانتها (غشائها المخاطى) علائم الالتهاب والعلامات الخاصة بالبلهرسيا وهى حبات كثيرة صغيرة بيضاء يبلغ حجم الواحدة ١ — ٢ ميلليمتر تملأ بطانة المثانة فتصير كانها مرشوشة بالرمل وعند ما يزداد سير المرض يتقرح غشاء المثانة وتصبح بطانتها غير منتظمة وبها نتوءات فطرية الشكل Fongueuses تنزف بكثرة . والفحص

الميكروسكوبى يظهر لنا بويضات البلهرسيا بكل وضوح . ولا ازيدكم علما اذا قلت بان تجنب البلهرسيا أو تجنب عدم تكررها بعد الشفاء منها لا يتم الا باجتناب العدوى بعدم الاستحمام فى الماء الملوث . أما علاجها فهو معروف عندنا ، وكلنا نستعمل الطرطير المقىء فى معالجتها كما ان الفرنساويين يستعملون حقن الامتين فى الوريد من ٤ — ١٠ سانتيغرام . أما العلاج الموضعى للقرحات والنتوءآت التى تنزف من وقت لآخر فهو الكى بالشرارة الكهربائية من طريق الاحاليل وذلك بعد ملء المثانة بمحلول غير ملون . وعند التهاب المثانة يحسن استعمال تنقيط نترات الفضة بنسبة ١ — ٢ بالمئة فى جوفها

الحصاة — ان الحصاة تكون سبباً آخر من اسباب البول الدموى واذا كان هذا عاما يتبادر الى الذهن ان منشأ الدم هو الكلية ولكى نتأكد انه غير آت من المثانة نستعين بكاشف المثانة وهو يرينا الحقيقة ومتى ثبت عندنا ان الدم كلى ومسبب عن حركة أو صدمة مصحوباً بألم حاد كان ذلك دليلا على ان النزيف ناتج من وجود حصاة فى الكلية بقطع النظر عن كبر حجمها وصغره لان حصاة صغيرة جداً قد تسبب نزيفا عظيما . وقد يكون البول الدموى نتيجة وجود الحصاة بدون ان تحصل حركة أو صدمة خارجيه وذلك بسبب احتقان الكلية الناجم عن وجود الحصاة فيها لكن ذلك نادر أما اذا كان الدم الذى يظهر فى آخر البول مسبباً من حركة أو صدمة فان ذلك يدل على وجود حصاة فى المثانة والفحص باشعة X لا يبقى محلا للشك

الاورام — Tumeur الاورام الخبيثة أو السليمة التى تحصل فى الكلية أو البروستاته أو المثانة تسبب نزيفا فى غالب الاحيان وهذا النزيف يوجد فى البول دما لا علاقة له بالحركة ولا بوجود الصديد فيه فعند وجود هذه الحالة يجب ان نفكر فى هذه الاورام ، فاذا كان الدم عموميا نفكر بان الورم فى الكلية وان كان نهائيا بانه بالمثانة ورب ورم سليم صغير يحدث نزيفاً عظيما يعرض حياة

المريض للخطر . أما الدم الذى يوجد فى الاورام الخبيثة فانه يكون فى الغالب قليلا وفى الحالات الشديدة يوجد به قيح وقطع صغيرة من نسيج الورم

الحميات العفنة — اذا كانت شديدة الوطأة توجد أحيانًا وهى فى أعلى درجة من درجات سيرها التهاباً واحتقاناً كليوياً يسبب البول الدموى وفى غالب الأحيان يسبق النزيف وجود الزلال فى البول وفى بعض الأحيان يظهر الزلال بعد النزيف المذكور فمن الحميات التى تسبب هذا النزيف الجدرى والحمى القرمزية والحصبة والدفتريا والانفلونزا وذات الرئة والتيفوئيد والملاريا الخبيثة . وتشاهد هذه الحالة أيضاً فى حالات التسمم الناجم عن الأمراض البنيوية كالبرورا والسكربوت واللوكوستيميا . وفى الغالب يرافق هذا النزيف الكليوى نزيف من أغشية أعضاء أخرى . وقد يحدث هذا النزيف بسبب علة قلبية توجد احتقان الكلية

التهاب الكلية ذات البول الدموى — قد نشاهد النزيف الكليوى فى التهاب الكلية المزمن المزدوج كمرض برايت وانما يسبق وجود الدم فى البول أعراض هامة أخرى كالزلال والأديما بحيث نتمكن من تشخيص المرض من هذه الأعراض قبل حصول النزيف المنوه عنه وكثيراً ما يحصل أن كلية واحدة تصاب بالتهاب نجهله فنرى نزيفاً بولياً كليوياً غير مصحوب بالزلال أو أعراضا أخرى مما يدل على أن الاصابة حاصلة فى كلية واحدة وجهل السبب فى هذه الحالة جعل الجراحين يقدمون على استئصال الكلية معتمدين على عمل الكلية السليمة الباقية وقد فحص بعض الباحثين الكلية المستأصلة فحصاً هيستولوجياً فلم يجدوا فيها علة ما توجب هذا النزيف وفيهم من وجد فى بعض أجزائها التهاباً مزمناً خفيفاً ولذلك أطلقوا على هذه الحالة اسم التهاب الكلية ذات البول الدموى وجدير بنا أن نتوسع قليلا فى شرح هذا المرض :

ان التهاب الكلية ذات البول الدموى هو مرض أو أعراض مرض أطلق

عليه هذا الاسم لأن الذين بحثوا فى هذا الباب لم يتوفقوا الى معرفة السبب الحقيقى الذى أوجد النزيف . ولقد عرفه ماريون بقوله : انه التهاب كليوى ليس له الا عرض واحد وهو البول الدموى بدون وجود شيءآخر من أعراض الالتهـاب الكليوى . أما تاريخ هذا المرض فانه يمكن تقسيمه الى ثلاثة أدوار دور جهل السبب ودور ظهور بعض السبب ودور درس الحقيقة . ففى الدور الأول شاهدوا هذا الحادث فعللوه بعلل مختلفة وبعضهم اشتبه فى وجود التهاب كليوى فى بعض الحالات وفى سنة ١٨٨٨ شاهد البروفسور جيون أن الالتهاب الكليوى الجزئى فى كلية واحدة أحدث بولا دموياً وقد وافقه على آرائه آخرون ولكن هذه المشاهدات ما كانت لتدرس الدرس الكافى وكانوا عند عدم وجود أعراض ظاهرة فى الكلية تدل على سبب البول الدموى يسمون النزيف نزيفاً لزومياً Essentiel

وفى الدور الثانى تأكدوا أن التهاب الكلية المزمن يحدث البول الدموى وقد أكد ذلك بصورة جازمة الاستاذ الباران سنة ١٨٩٨ ثم بحث فى هذا الموضوع الاستاذ بوسون فى نفس السنة فى الجمعية الجراحية فى باريس وظلت هذه النظرية موضوعاً للاخذ والرد بين الاطباء حتى قبلت شيئاً فشيئاً بعد كثير من البحث والتدقيق وظهر فى الفحص الميكروسكوبى بعد اهتمامهم بفحص كل جزء من أجزاء الكلية المصابة وجود التهابات جزئيـة مزمنة فيها فاتضح من ذلك ان عدم نجاحهم أولا فى رؤية الجزء المصاب كأنه ناجماً عن عدم التصديق فى فحص كافة أجزاء الكليه وأن الجزء المصـاب كان يختفى أحياناً ولا يقع تحت حقل الميكروسكوب وثبت أن الاصابة مهما كانت صغيرة الحجم يجوز أن تحدث بولا دموياً شديداً

والنزيف يحصل غالباً بدون سبب ظاهر ويكون مقداره كثيراً وقد يستمر مدة أسابيع وأحياناً عدة شهور وقد يستمر عدة سنين فيعرض حياة المريض الى التهلكة ومن مميزاته أن التجمد الدموى لا يشـاهد فى هذه الحالة

كما فى الحالات الأخرى التى يكون بها النزيف كثيراً لدرجة توجب تجمد الدم . والدم فى الكلية ذات البول الدموى يخرج من كلية واحدة فى غالب الأحيان وقد يتفق أن يكون من الكليتين أيضاً . ثم أن من أعراض هذا الداء أن نوبات الألم الكلوى كثيراً ما تصحب هذه الأعراض فيشكو المريض من ألم فى الجهة القطنية وينتشر هذا الألم الى الحالب وتمتاز هذه الحالة عن الالتهابات الكليوية المزمنة العادية بأن هذه الاخيرة لا تكون مصحوبة بألم ما والآلام المشار اليها قد تسبق النزيف وتسكن عند حصوله وقد ترافقه واذا فحصنا بول كل كلية على حدة فاننا لا نشاهد فرقاً بينا بين بول الكليتين وانما نشاهد أن البولينة uré فى بول الكلية المصابة أقل نوعاً ما من بول الكلية السليمة . وقبل أن أختم كلامى أقول شيئاً عما قيل فى هذه السنة عن هذا الموضوع

قال الاستاذ بوسوت فى الجمعية البوليـة الفرنساوية فى اجتماعها فى هذه السنة أنه شاهد مريضاً مصاباً بالبول الدموى منذ سنين عديدة ولم يكن يوجد فى بوله ميكروب ولا سبب آخر يوجب التبول الدموى فحكم أن الحالة التهاب الكلية ذات البول الدموى فأجرى له عملية تقشير الكليـة وتثبيتها فزال العارض تماماً وخرج المريض من المستشفى سليما بعد عشرين يوماً وظلت حاله حسنة ثم أن الدكتور ماريون ذكر فى دروسه عدة حالات من هذا النوع .

وقال الدكتور ايزبوابر فى الجمعية المذكورة أنه شاهد فى ثلاثة مرضى ان التهاب الكليـة ذات البول الدموى كان ناتجاً من التهاب معوى وأنه شاهد جراثيم فى هذا البول فاعترض عليـه شواسو بأن هذه الحالة معروفة السبب ولا يمكن عدها من نوع التهاب الكليـة ذات البول الدموى فأجابه بأنه فى بعض الحالات لم يجد ميكروباً فى البول واذا عالج الانتان المعوى المسبب كان البول الدموى يزول واذا عاد الانتان infection الى الأمعاء ثانية يعود الدم الى الظهور فهو يرى أن الانتان المعوى يكون فى بعض الاحيان سـبباً من أسباب هذا المرض

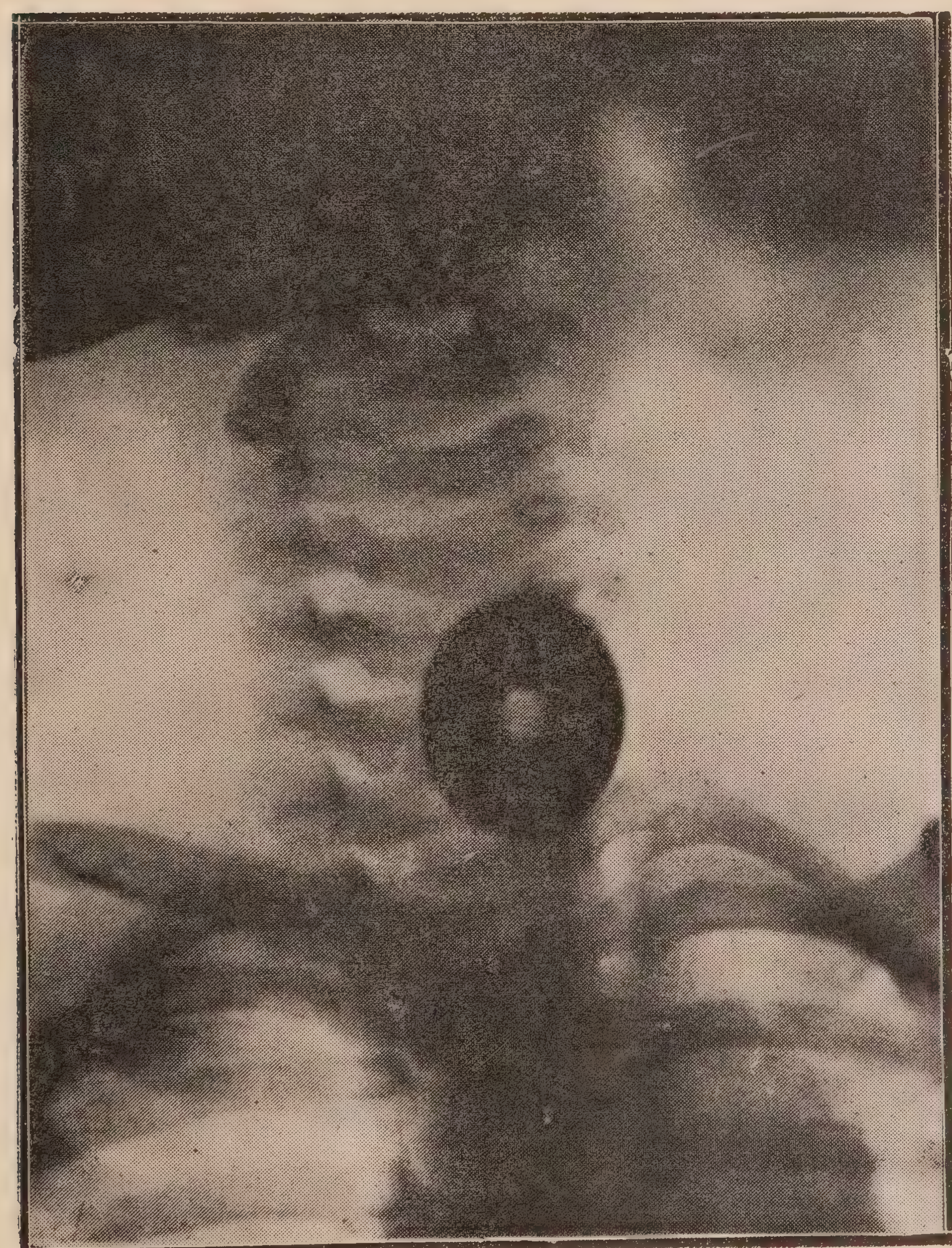
استخراج عملة من ذات المليمين

من مريئ طفل عمره سنة ونصف بواسطة البروبانج (Probang)

بقلم الدكتور حسن بك شاهين

جراح أمراض الاذن والانف والحنجرة بمستشفى قصر العينى

اقتضت سنة الرقى أن ينسخ الحديث من الاختراعات القديم منها ولكن تضطر الانسان ظروف يرى فيها ضرورة الرجوع للقديم . مثل ذلك :



صورة العملة داخل المريء

طفل عمره سنة ونصف بلع قطعة من ذات المليمين وقفت فى البلعوم تحت الترقوة كما تبين ذلك من صورة الاشعة التى أخذت ثانى يوم حضوره للمستشفى وكان يوم ٢٨ مايو سنة ١٩٢٥ وكانت حرارته فى ذلك اليوم ٣٧,٦ ونبضه ١٣٢ ويوم ٢٩ مايو ارتفعت الحرارة مساء الى ٣٨,٧ ونبضه الى ١٧٠ ثم أخذت فى الانخفاض تدريجياً وفى هذه المدة أعطيناه غذاء نصف سائل كالعصيدة والمهلبية على أمل أن تمر بالطرق العادية ولكنها لم تفعل ففى يوم ٨ يونية أعطيناه كلوروفورما وأدخلنا منظار المرىء Esphogoscope ولكن لم يمكن ادخال جفت فى المنظار لامساك العملة لان أمبوبة المنظار الممكن ادخالها بالمرىء فى هذه السن تكون بطبيعة الحال رفيعة جداً ولا يمكن ادخال جفت فى تجويفها فضلا عن ضرورة النظر بجوار الجفت لالتقاط الجسم الغريب فحاولنا طردها الى أسفل بواسطة الامبوبة فتعذر ذلك فلم نر بعد ذلك الاستمرار فى العملية وتركناه ليوم ١١ منه اذ أعطيناه كلوروفورما مرة ثانية لمنع الانعكاسات العصبية والتقلصات العضلية وأدخلنا آلة مسك العملة المستعملة قديما والمسماة بروبانج Probang واستخرجنا بواسطتها العملة ولم تستغرق هذه العملية أكثر من دقيقة واحدة

ومن الصورة السابقة يرى مركز العملة فى المرىء

التحرير . لهذه المناسبة نذكر مشاهدة عرضت للدكتور على بك ابراهيم سنة ١٩٢٢ وهى — :

مريض عمره ٢٢ سنة وضع خاتم فى فمه فتصادف أن شهق شهقة ذهبت بالخاتم من فمه فظن أنه بلعه ولذا ذهب لكثير من الأطباء لفحصه واستشارتهم فى أمره فوصفوا له كثيراً من الأدوية وأشاروا عليه بعمل أشعة للبطن ولكن

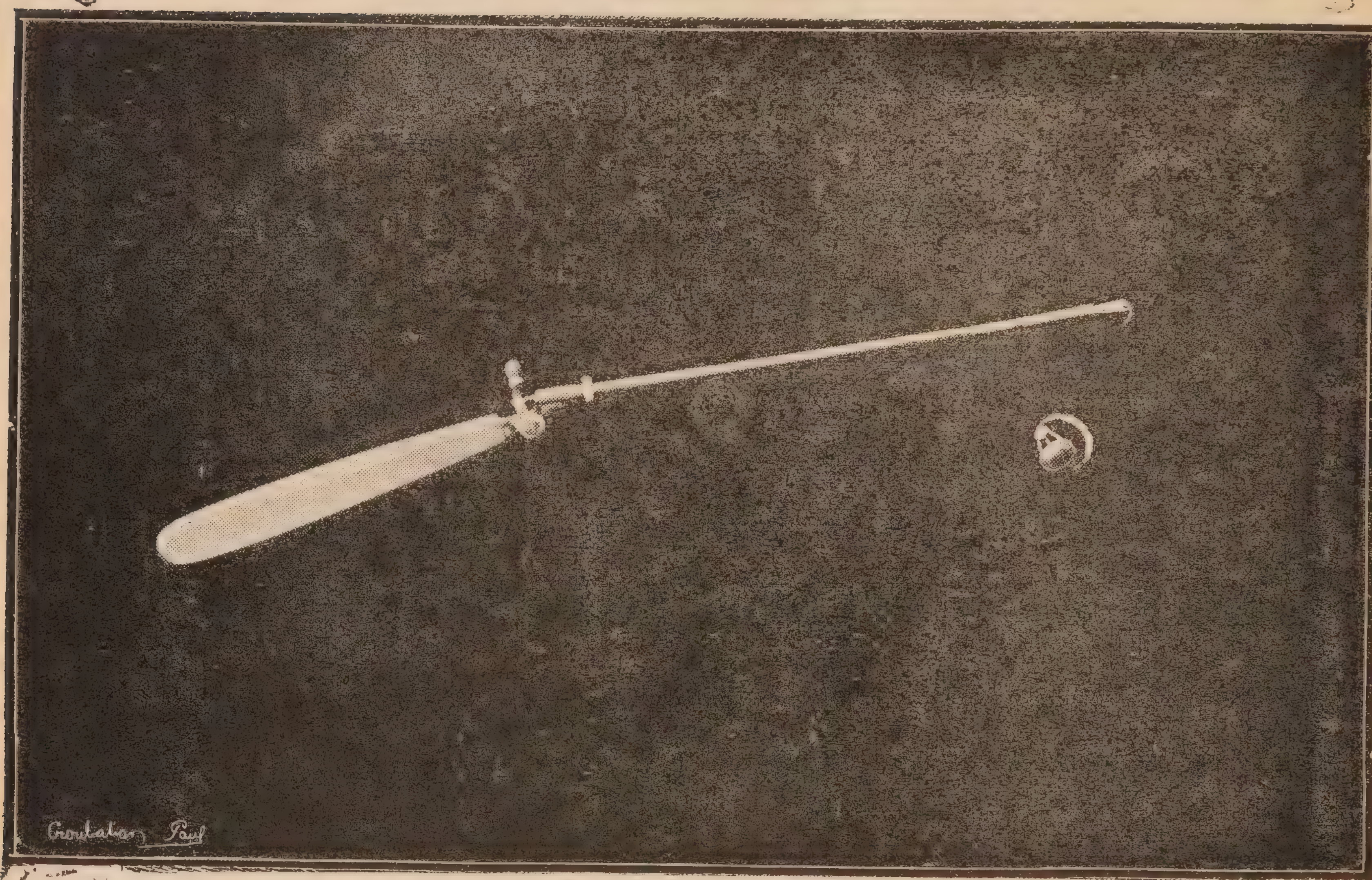
لم تنتج كل هذه فائدة ولم يعثر على الخاتم فى البراز وأخيراً شعر المريض بسعال وكان يفرز مواداً صديدية فى البلغم فذهب لاختصاصى أشار عليه بعمل أشعة للصدر فأخذت الصورة من الأمام وهذا لم يظهر الخـاتم فى الصورة وأخيراً ارسله الاختصاصى الى الدكتور على بك ابراهيم ومعه الصورة المصورة فأشار عليه بعمل صورة من الجانب وكتب للدكتور لوتسى بذلك فعملت الصورة وهذا هو صورة التقرير : —



الخاتم داخل القصبة الهوائية

الخاتم موجود فى الفرع اليسارى للقصبة الهوائية ولم أجد فى الرئة علامات تدل على وجود خراج بها ولـكن أظن أن الخاتم أحدث نزلة شعبية صديدية

ثانوية مع تمدد الشعب وهذا يفسر حدوث قئ مواد صديدية بعض الاحيان والآن الشعب المتمددة فارغة (١و١و٨) ويظهر لى أن الظل المستدير (١١و١) هو حائط به رشح لشعبة متمددة. أما الفص الأسفل للرئة اليسرى فبه أجزاء كثيرة بها رشح



Larrey Hook «كلاب لارى» والخاتم المستخلص من القصبة الهوائية

اجتهد الدكتور حسن بك شاهين فى اخراج الخاتم من الفم باستعمال الآلات الحديثة غير أنه لم يوفق لأن الخاتم كان محكم الوضع وحالا لفراغ الشعبة حتى لا يمكن بتاتاً امرار أى شيء بين الخاتم والغشاء المخاطى لها وأخيراً بالاتفاق مع الدكتور شاهين بك عمل له الدكتور على بك ابراهيم شق القصبة الهوائية أعلا القص وأدخل آلة قديمة أسمها كلاب لارى واخرج الخاتم فشفى المريض وهو الآن يتمتع بالحياة

تطور الافكار

بالنسبة لاسباب المرض العقلى وعلاجه

للدكتور محمد كامل الخولى

الطبيب بمستشفى الامراض العقلية بالعباسية

مقدمة

كان المرض العقلى معروفاً عند القدماء فى الشرق والغرب بدليل ما هو مدون فى مخطوطاتهم — خصوصاً مؤلف هوميروس (Homer) الشاعر اليونانى — من المشاهدات عن حالات عقلية غير عادية وما هو مذكور فى الكتب المقدسة وأولها التوراة عن هذا الموضوع . فكان من الطبيعى أن تولد تلك الظواهر الغريبة عندهم الميل الى البحث عن أسبابها والى محاولة تفسير حدوثها باستنباط نظريات كانت تختلف باختلاف العصور وتتفق كل منها مع مستوى الافكار والعلم فى زمن ذيوعها .

ففى العصر القديم كانت الفكرة السائدة هى أن المرض العقلى مسبب من فعل الارواح على زعم أن هذه كانت تؤثر على جسم المريض خارجة عنه أو كانت تسكن جسمه فعلا فتؤثر عليه من الداخل. وكانت تعتبر الروح المتسلطة على الجسم حميدة اذا اتفقت أقوال المريض وسلوكه مع العقائد الدينية الشائعة حينذاك وفى هذه الحالة كان المصاب يحسب طاهراً مباركا ويكرم ويحترم لهذا السبب . وبالعكس كانت تعتبر الروح خبيثة شيطانية اذا خالف سلوك المريض العقائد والاخلاق . ومطابقة لهذا الرأى كان العلاج قاصراً على استعمال الطقوس الدينية والتعازيم .

ساد هذا الرأى الى حوالى سنة ٤٦٠ قبل الميلاد حيث حصل تطور كبير فى الافكار عن المرض العقلى وذلك بفضل أبقراط أبى الطب الذى كان من

ضمن تعاليمه أن المخ هو مكان العقل وأن الجنون هو نتيجة اضطراب فى العضو المذكور . ولذا كان ذلك الفيلسوف العظيم يعالج المصابين بالطرق الطبية العادية . وسيظهر فيما يلى أن أبقراط كان بعيد النظر لدرجة مدهشة وأن تعاليمه وطرق علاجه تتفق مع أحدث الآراء العلمية عن المرض العقلى

ولكن جاءت القرون الوسطى المظلمة وفيها تسلطت الكنيسة فى أوروبا على الفنون والعلوم والآداب وعارضت كل تقدم فنتج ذلك الجمود الفكرى المعروف الذى سارت فى ضلاله التعاليم المذهبية والصوفية وتأخرت الفلسفة والعلوم . فلم يكن ينتظر فى تلك الظروف السيئة أن تثبت أو تتقدم تعاليم أبقراط الثمينة بل لم يكن من المستغرب أن تعود الحالة الى ماكانت عليه فتسود ثانية ولحد التطرف الفكرة الروحية كتفسير للمرض العقلى . وفعلا كانت علامات الجنون كالمرئيات الوهمية مثلا التى تظهر على المذهولين والمبالغين فى الشك تعتبر عند الناس فى القرون الوسطى نتيجة المناجاة بين المولى عز وجل وبين أولئك المصابين الذى كانوا بسبب هذا الاعتقاد يكرمون ويحترمون . ومن جهة أخرى كان يحسب من السحرة بعض فئات أخرى من المرضى يعتبرون اليوم فى نظر الفنيين من ذوى المزاج العصبى (Neurotics) أو المصابين فعلا بالمرض العقلى . وكان أولئك السحرة الموهومون يميزون بعلامات لم تكن سوى مظاهر مرض الهستريا ومنها بقعة فى جلد المريض فاقدة الاحساس كانوا يسمونها حينذاك مخلب الشيطان (devils' claw) ويحاكمون هؤلاء المساكين من أجلها وغيرها من علامات أغلبها وهمية ويعدمونهم على اعتبار أنهم خطر على الهيئة الاجتماعية فاذا لم يكن فى الامكان نسبة الاعراض التى تظهر على المصابين الى البركة أو السحر فانها كانت فى الغالب تعتبر من شياطين خبيثة . ولذا كان ذلك النوع من المصابين يعالج بالتعاويذ والرقيات وغير ذلك واذا لم تنجع هذه الوسيلة كانوا يلقون فى الجبوب أو ينبذون ويحتقرون

استمرت هذه المعاملة السيئة الى القرن الثامن عشر . ومع أنه فى النصف

الثانى منه بدأ يتلاشى الاعتقاد بأن المرض العقلى من فعل الشياطين فان معاملة المصابين به استمرت بعيدة عن الرحمة والانسانية فكانوا يقيدون بالاغلال ويلقون فى الجبوب أو على الأقل فى اماكن غير صحية تعافها أقذر الحيوانات تحت رقابة مجرمين من السجون . وذلك على اعتبار أنهم لا يستحقون الرعاية وأنه من الضرورى حماية الهيئة الاجتماعية منهم

فى أواخر القرن المذكور وفى أول القرن التاسع عشر بدأ تشبع الناس بفكرتين عادتا بالنفع العظيم على المصابين بالمرض العقلى . الأولى فكرة محبة الخير والانسانية وهذه أنتجت اعتبار المصابين بالجنون أناساً من البشر ضعافاً يستحقون الرعاية والعناية شأن كل مريض . وقد بدأ تطبيقها فى انجلترا وحذت حذوها فرنسا ثم انتشرت تدريجياً وباستمرار الى أن عمت العالم الذى ما زال يسعى للاستزادة منها . وقد ساعد على انتشارها الفكرة الثانية وهى العلمية المبنية على البحث والمشاهدة والتى أنتجت احياء تعاليم أبقراط بعد اندثارها أكثر من ألف سنة ومؤداها أن الظواهر العقلية ناتجة من المخ وأن المرض العقلى نتيجة اضطراب فى وظيفة العضو المذكور

على هذه الصورة وضع أساس فن الأمراض العقلية . وكان من الطبيعى لدراسة مرض الجنون والتوصل لمعرفة أسبابه أن يوجه الباحثون عنايتهم فى القرن الماضى الى معرفة تركيب المخ ووظيفته . وقد ساعدهم على بلوغ الغرض الأول اكتشاف المجهر (الميكروسكوب) واستعملوا لمحاولة بلوغ الغرض الثانى التجارب العلمية . وكانوا يؤملون أنهم يصلون الى الوقوف على طبيعة ذلك المرض وأسبابه ولكن هذا الأمل لم يتحقق . ومع أن فائدة هذه الطريقة الفسيولوجية المبنية على الماديات لا تنكر وأن الاستمرار على استعمالها واجب فانه رؤى من الضرورى معالجة الموضوع بطريقة علمية أخرى هى الطريقة النفسية (السيكولوجية) المبنية على فكرة امكان دراسة الظواهر العقلية العادية والمرضية بدون الاشارة الى ما يصاحبها من التغييرات المخية . ولقد

تقدم علماء النفس من الفرنسيين غيرهم فى هذا المضمار فى النصف الاخير من القرن الماضى وقاموا بابحاث قيمة انتهت بمؤلف جانيه (Janet) الشهير وتبعهم فى القرن الحالى من المشاهير كريبلن Kraepelin الألمانى وفرويد (Freud) النمسوى وينج (Jung) السويسرى

هـذا تاريخ مختصر لتطور افـكار الخاصة بالنسبة للمرض العقلى من فجر التاريخ الى وقتنا هـذا . ومن الجلى ان الآراء الحديثة عن هذا المرض بنيت على ابحاث ومشاهدات علمية دونت فى كتب كثيرة فنشرت بدرجات متفاوتة الى الطبقات المتعلمة فى الامم المختلفة وبذا أزالت عنهم الاوهام القديمـة عن ذلك المرض . ولـكن بقيت الطبقات الجاهلة بسبب اميتها بعيدة عن الالمـام بكل جديد فاستمرت على افـكارها عن المرض المتوارثة جيلا بعـد جيل . فليس غريباً اذاً أن نرى تبايناً ظاهرا فى الافـكار عن الجنون بين مختلف الطبقات من كل أمة وليس يدهشنا أن نلاحظ بين ظهرانينا شيوع الفـكرة الروحية عن هـذا المرض فى الطبقة الجاهلة بل ومن المتعلمين تعليما سطحيا . وعلى نفس الاعتبار يمكن تفسير ذيوع نفس هذه الافـكار الفطرية بين جميع الطبقات فى الامم المتأخرة مع وجود هؤلاء من عالم واحد مع أمم أخرى حازت قسطا عظيما من الثقافة والمدنية تعتبر الجنون داء كـكل الادواء يتطلب البحث فيه بالطرق العلمية لمعرفة اسبابه حتى يسهل بعـد ذلك ايجاد الدواء الشافى له

اسباب المرض العقلى

فى تلك الامم المتمدينة بعد اخفاق علماء التشريح ووظائف الاعضاء فى القرن الماضى من الوصول الى أسباب المرض العقلى من طريق دراسة تركيب المخ ووظيفته — نبتت فـكرة مهاجمة هذه المعضلة من طريق على آخر أى من الوجهة النفسية . وقد وجد ان اصلح الحالات لتجربة هذه الفكرة هى

المصابة بما يسمى الامراض العصبية الوظيفية (Functional Nervous Diseases) ومنها الهيستريا (Hysteria) وهى المكونة للحلقة الموصلة بين الامراض العقلية والامراض العصبية الصرفة . وانما وقع الاختيار على هذا النوع من الامراض لان المصابين به لم يفقدوا رشدهم وبذلك هم يصلحون للتعاون مع الباحثين ومساعدتهم باطاعة أوامرهم وباعطاء المعلومات الكافية عن مرضهم وبالاجابة بتعقل على ما يلقى عليهم من الاسئلة . وكان البادىء بالبحث بالطريقة النفسية هو العالم الفرنسى شاركو (Charcot) فى أواسط القرن الماضى وتبعه مواطنه بابنسكى (Babinski) الذى هو أول من أظهر نصيب الايجاد أو الايعاز (Suggestion) من احداث الاعراض الجسمية لمرض الهستريا كالشلل وفقد الاحساس . ولكنه خالف غالبية غيره من العلماء بأن اعتبر الايعاز العامل الوحيد المسبب لتلك الاعراض والمفسر لتكوينها وظهورها . كما انه لم يوفق الى تفسير الاعراض الاخرى وأهمها العقلية لمرض الهستريا وغيره من الامراض العصبية الوظيفية

جاء بعده العالم جانيه (Janet) فلاحظ أمرين جديدين على الاعراض الجسمية لمرض الهيستريا يفرقانه عن المرض العصبى العضوى . الأول أن الشلل أو فقد الاحساس موزع بشكل يتفق مع تصور المريض للجزء المصاب مهما خالف هذا التصور الحقائق التشريحية مثال ذلك أن فقد الاحساس الذى يكون قاصراً بكل دقة على احدى اليدين هو مطابق لصورة ذلك العضو فى مخيلة المريض ولكنه غير مبنى على أساس تشريحى . الثانى أن لهذه الاضطرابات الوظيفية أوصاف شاذة ومتناقضة فمثلا أمكن لاحد المرضى المصابين بعمى هاستيرى (Hystericala mblyopia) أن يمسك كرة قذفت فى اتجاهه فجأة . كذلك فى حالة ولد مصاب بضيق هستيرى فى ميدان النظر بلغ الدرجة ٣٠ كانت تعتريه نوبات هستيرية كلما رأى ناراً فانه لما وضع ثقاب مشتعل على البريمتر وبمجرد وصوله للمحيط العادى لميدان النظر أصابت المريض

النوبة . فتفسيرا لهذه الحقائق الاكلينيكية وكثير مثلها ابتكر جانيه نظرية انقسام الشخصية (Dissociation of Personality) وذلك بأن ينفصل جزء من الوعى (Conciousness) عن مجراه وبأن يصير هذا الجزء بعيدا عن سلطة الوعى ورقابته وبأن يتسلط هو فى بعض الاحيـان على بعض أعضاء الجسم بصفة مستترة فيحدث فيها اعراضا وأحوالا مختلفة بعيدة عن وعى المريض ولهـذا السبب بعيـدة عن اهتمامه . ففى حالات الضيق الهستيرى النظرى المذكورة آنفا حصلت الاحساسات خارج محيط ذلك الميدان الضيق ووصلت الى المخ بدليل الحركات الناتجة اجابة عليها . ولكن تلك الاحساسات وهذه الاجابات غير داخلة فى وعى المريض . كذلك اذا وضعت قلماً فى يد فاقدة الاحساس لمصاب بالهستيريا ثم وجهت التفاتة الى أمر آخر بينما يوخز تلك اليد بابرة تجد أن المريض على العموم لا يحس بتلك الوخزة ولكن قد تكتب تلك اليد انها تتألم . وهذا مثال من الكتابة بغير وعى (Automatie Writing) ويمكن احداثها أيضا بعد تنويم المريض مغناطيسيا

وقد استخدم جانيه نفس النظرية لتفسير فقد الذاكرة الجزئى (Amnesia) والمشى والكلام فى حالة النوم أو شبه اليقظة (Somnambulism) التى تحدث من الهستيريا . فقد لا يتذكر المريض بعض الحوادث فى اليقظة ولكنه يسردها بكل دقة أو يكتبها فى حالة التنويم . أو قد يصاب بنوبة يقف فيهـا مجرى وعيه ويقوم فى خلالها بسرد تلك الحوادث أو بتمثيلها كما وقعت . ففى هذه الحالات يعتبر انه حدث انقسام فى الشخصية وانفصال جزء من هـذه عن وعى المريض بحيث يبقى بعيـدا عن ذاكرته الا فى حالة التنويم . أو ان هذا الجزء المنفصل يطغى احيانا على الوعى وبذا يتسلط على جسم المريض مدة من الزمن تختلف باختـلاف الحالات ولكنها ربما امتدت الى أشهر كما يحصل فى المرضى ذوى الشخصية المزدوجة (Double Personality)

وقد قسم جانيه الأمراض العصبية الوظيفية المسماة أيضا سيكونيوروز

(Psychoneuroses) الى قسمين الاول الهستيريا والثانى ما عداها حيث جمعها تحت اسم الضعف النفسى (Psychasthenia) وكان يعتقد أن هذه الامراض كلها نتجت من انقسام الشخصية انما يعتبر ان الانقسام حدث جملة من الهستيريا فهو لذلك انقسام جسم (Molar dissociation) وأما فى الضعف النفسى فالانقسام من النوع الدقيق (Molecular dissociation) . ولتعليل هذا الانقسام ابتكر نظرية أخرى مؤداها انه نتج من وهن فى قوة أو ملكة جمع اجزاء الشخصية (Power of. Synthesis) وهـذا التعليل على جانب عظيم من الضعف أولا لانه يعرض وجود ملكة بدون دليل على ذلك ويرجع بنا الى نظرية الملكات العقلية المندثرة . وثانيا لانه لم يعلمنا شيئا جديداً بل فسر الانقسام بعـد الجهد بالانقسام . ولكن لجانيه على كل حال فضل على العلم لا ينكر بابحاثه القيمة على الهستيريا تلك الابحاث التى ساعدت على فهـم كثير من ظواهرها التى كانت تبدو متناقضة لأول وهلة

وقد بدأ فرويد (Freud) ابحاثه عند النقطة التى وقف عندها جانيه فأحدث تطوراً كبيرا فى الأفكار عن علم النفس بابتكار النظرية الديناميكية وادخالها عليه . وتتلخص هذه النظرية فى أن العقل محكوم بقوى غريزية (Instinctive forces) هائلة هى التى بفعلها تنتج كل الظواهر العقليـة . ويرى فرويد أنه كثيراً ما تتنازع وتصطدم تلك القوى ببعضها وذلك لتباين أغراضها وأن هذا الاصطدام (Conflict) خصوصاً اذا كان حاداً لا يمكن أن يدوم بل لابد للعقل أن يتخلص من حالة كهذه غـير محتملة بجمـلة حلول أحدها قمع (Repression) احدى هذه القوى الغريزية بأن تتغلب عليها الأخرى المنازعة لها فتبعدها عن الوعى وبذلك يحصل الانقسام فى الشخصية

وقد قسم فرويد العقل الى ثلاث مناطق افتراضـية غير قائمة على أساس تشريحى وهى الوعى (Consciousness) والذاكرة (Preconscious) وغير الوعى أو اللاوعى (Uuconscious) الأول يحتوى على الاشـياء التى يدركها

الانسان فى وقت معلوم والثانى يحتوى على ذكريات الماضى التى يمكن ارجاعها الى دائرة الوعى بالمحركات الملائمة . والثالث يحتوى على عناصر أو قوى أو ذكريات ممنوعة من الظهور فى الوعى بقوة حاجزة أومانعة سماها فرويد الرقيب (Censor) وهذا الأخير ليس شيئاً مادياً مجسما بل هو عبارة عن القوى العقلية التى تغلبت على غيرها من العناصر فقمعتها وأبعدتها الى غير الوعى والتى هى فى الوقت نفسه تمثل المقاومة (Reststance) لظهور تلك العناصر فى دائرة الوعى

ويعتقد فرويد أن القمع فى حد ذاته عملية عادية تحصل فى كل الناس من الصغر فالطفل فى بدء حياته لا يعرف غير مذهب ارضاء الشهوات Pleasure) (principle فلا يهمه الا أن ترضى رغائبه النظرية وفعلا هو يحصل على هذا الارضاء بكل سهولة وهو على ذلك يكيف سلوكه طبقاً لهذا المبدأ . ولكنه من بدء السنة الثانية من حياته يحس تدريجياً بوجود المقاومة لتلك الرغائب من الوسط الذى حوله والذى يختلف باختلاف سن الطفل من الوالدين والمربيات ثم المدرسين الى الهيئة الاجتماعية بعاداتها المرعية وقوانينها الرادعة . فيبدأ التصادم والتعارض بين غريزته الاجتماعية وبين بعض الغرائز الأخرى البهيمية والأنانية فمقابلة لهذه الحالة يصير مضطراً حباً فى استمرار الألفة والمحبة بينه وبين بنى جنسه الى اتباع خطة مواجهة الحقائق الواقعية (Reality principle) فيتنازل قهراً عن الملذات الفطرية التى صارت ممنوعة عنه . ومن ذا تبدأ عملية قمعها وتكوين غير الوعى فى وقت واحد . ومن النقط الأساسية التى ترتكز عليها نظريات فرويد اعتباره أن هذه العناصر التى تقمع وتبعد الى غير الوعى لا تمحى بل تبقى ذات قوة وتؤثر تأثيراً بيناً فى مظاهر الوعى بطريق غير مباشر فبالتربية الصحيحة يمكن تهذيب وترفيع (Sublimation) القوة الدافعة (Libids) المرافقة لتلك العناصر الفطرية الغير وعيية وتوجيهها فى طرق نافعة تساعد على تقدم الشخص فى حياته العملية . فيكون تأثيرها على الوعى نافعاً

وهذا ما يحدث فى الأحوال العـادية . ولكن لنقص فى التربيـة وخصوصاً المنزليـة قد لا يحصل التهذيب فى تلك القوة الدافعـة وقد تستعمل هذه فى الاضرار بالتطور العقلى من الطفولة الى المراهقة بأن يتعلق الطفل بأحد الوالدين أكثر من اللازم مثـلا فتكون النتيجة رسوخ (Fixation) هـذا الميـل عنده وقلة قدرته فى المستقبل على مواجهة صعوبات الحياة وحده فاذا صادفته صعوبة فرمنها واصابه الحنين (Regression) الى ذلك الميل القديم ولكن هذا لا يتفق مع كرامة نفسه فيضطر لابعاد هذا الشعور الى غير الوعى وفى هذه الحالة تكون عملية القمع مؤلمة وشاقة لشدة ذلك الميل وشذوذه . فيتسبب عن ذلك ظهور أعراض مرضية مختلفة الاشكال فى الوعى . كذلك قد يصادف الشخص فى الصغر صدمات انفعال مؤلمة يضطر الى قمعها وابعادها الى غير الوعى ولكنها تبقى فيه طول الحياة وتسبب فى بعض الظروف أعراضاً مرضـية أيضاً . ومن الواجب أن تتخذ هذه الاعراض شكلا يقبله الرقيب وينم فى الوقت نفسه عن العناصر المسببة للاعراض الموجودة فى غير الوعى . أى أنها بمعنى آخر تكون عبارة عن مكونات ناتجة من تراض متبادل (Compromise - formotions) بين الرقيب وتلك العناصر كما هو الحال فى مرض الهستيريا وكما كان الحال فى المرض الذى سمى صدمة القنابل (Shell - Shock) فى الحرب الماضية . ولكن قد لا يحصل فى بعض الحالات ذلك التراضى بل تتغلب الغير وعيية بصفة وقتية على الرقيب وتتسلط على الوعى الى صدمات فتظهر الاعراض التى تنم عنها بشكل أفـكار تجول بخاطر المريض رغماً عنه أو بشكل أعمال لا فائدة منهـا يكره فشخص على القيام بها ولـكن سرعان ما يعود الرقيب فيتغلب على تلك العناصر اتزول الافـكار من خاطر المريض أو ينتهى اكراهه على القيام بعمل عبث . فنى هذه الاحوال تـكون الاعراض التى تظهر فى الوعى عبارة عن مكونات نتجت عن رد فعل متتال بسبب تنازع الرقيب والعناصر اللاوعيية السيطرة على الوعى (reaction formations) وهذا هو ما يحدث فى النوع الاكراهى

(Obsessional-or Compulsion neuroses) من الامراض العصبية الوظيفية

وقد استخدم فرويد ما حصل عليه من المعلومات بابحاثه على الامراض العصبية الوظيفيـة لمحاولة فهم أعراض المرض العقلى تلك الاعراض التى تجعل المصابين بها عديمى التميز والتعقل فى نظر الناس فوجد أن الانظمة النفسية التى تسبب تلك الاعراض تشابه الى حد كبير الانظمة التى تسبب أعراض الامراض العصبية الوظيفية والانظمة التى تنتج الظواهر العقلية فى الاشخاص العاديين. وأن التنازع بين القوى العقلية وما ينتج عنه من القمع وانقسام الشخصيـة هو العـامل الاساسى فى احداث المرض العقلى . وقد لاحظ فرويد أن آراء الاشخاص السليمين واعتقاداتهم وأفعالهم ليست جميعهـا معقولة كما قد يظن لاول وهلة بل أن كثيراً منهـا ان لم يكن أغلبها مخالف للمنطق من وجهـة أنه لم يبن على مقدمات معقولة . ثم توصـل من ذلك الى اثبات أن تلك الاعتقادات والافعال صادرة تحت تأثير العواطف (Sentiments) أى القوى الانفعاليـة العالقة بالأشياء أو الاشخاص والبعيـدة عن سلطة الوعى . وأنه للتوفيق بين شخصية المريض وتلك الآراء والافعال تنشط فى الوعى عمليـة التحاج (rationalisation) أى انتحال الاعذار تبريراً لوجود تلك الميول واظهاراً لأنهـا كونت بعد تفكير وتمعن مع أن الحقيقة هى غير ذلك وأن الشخص يخدع نفسه بانتحال الاعذار الواهية وذلك لجهله بأصل اعتقاده أو رأيه . ومن قبيل العواطف المركبات أو العقد العقلية (Complenes) التى هى عبارة عن عناصر لاوعيية مشربة بصبغة انفعالية فانهـا تحدث فى وعى المصابين بالمرض العقلى ميولا ومظاهر تنم عنها تنشط عملية التحاج للتوفيق بين تلك المظاهر والميـول وبين الشخصية كما يحـدث فى المصابين باعتقادات وهمية (delusions)

كذلك بين فرويد كيف أن هذا التنازع بين الرقيب والقوى اللا وعيية ينتج فى العادين وفى المرضى ظواهر عقلية متشابهة ولكنها تختلف باختلاف

الوجه الذى ينتهى عليـه التصادم . فانه من الممكن أن ينتهى التنازع بمظاهر تنم عن ازدياد نشـاط الرقيب ليتمكن من الاستمرار فى التغلب على تلك المركبات الموجودة فى غير الوعى كما يحصـل فى المرأة التى تقـدمت فى السن بدون أن تتزوج فانها كثيراً ما تبالغ فى تصنع الحشمة كمظهر من مظاهر مقاومة الرقيب لغريزتها الجنسية وكالسرور الذى يحصل عنـد المصاب بالسل فى الدرجة الاخيرة . وكجنون السرور (Mania) . ولكنه فى الامكان أيضا أن ينتهى هـذا التنازع بحل آخر هو ظهور المركبات فى الوعى باشكال مستترة كثيرا يقبلهـا الرقيب كشغف نفس المرأة بالكلاب والقطط وكمظاهر التكلف فى المشى والملبس والتفخيم فى التعبيرات الكتابية والكلامية بدرجة معتدلة عنـد بعض الاشخاص العاديين وبدرجة متطرفة عند بعض المصابين بالجنون

وقد يكون المركب العقلى مكوناً من عيب فاضح ينفر منه الشخص ويسبب له وخزاً فى الضمير فتفادياً من هـذا ومن تنـازع ذلك المركب مع الشخصية تحصل عملية دفع العيب عنها والقائه على الغير (Projection) وتوجد شواهد بسيطة لهذه العملية فى بعض الأشخاص العاديين المتصفين بعيب أو نقص يخجلهم ومع ذلك لا يحتملون وجود نفس العيب أو النقص فى غـيرهم ولكن هذه العملية تشاهد بالاكثر فى المصابين بالمرض العقلى خصوصاً النوع الوهمى المزمن (Paranoia) . وقد يحصل الارضاء للعناصر اللاوعيية بطريق الخيال (Phantasy) كما يحدث فى الأحلام النهارية (Day-dreams) والليلية فى العاديين وكما يحدث فى المصابين بالمرض العقلى الذين يتجنبون مواجهة الحالة الواقعة فيغمسون أنفسهم فى بحار من الخيالات

هذه الامثلة كثيرة والمقارنة المعقولة أتى بهـا فرويد للدلالة على وجود أساس مشترك لاحداث الظواهر العقلية فى العاديين وفى مرض العقول . وقد أعطانا بذلك تفسيراً لصعوبة البت بين صحة العقل والجنون فى بعض الحالات

الغير جلية وصعوبة بل استحالة وضع تعريف واضح يفرق بين العاقل والمجنون وانما يلاحظ مع ذلك أن العمليات العقلية (Mental processes) الموصوف بعضها آنفاً تنشط بحالة معتدلة فى الشخص السليم فى حين أنهـا فى المصابين بالجنون تنشط لدرجة لا تتفق مع سـلامة العقل . فالمركبات اللاوعيية مثلا تظهر فى وعى المجنون محرفة لدرجة كبيرة وبشكل اعتقادات وهميـة غير معقولة وعلى ذلك ما يأتى به المصـاب من المبررات (Rationalisations) لوجود تلك الاوهام فى الوعى يكون واضح الاستحالة . ويلاحظ أيضاً أن سلوك المصاب بمرض عقلى لا يتفق مع الروح الاجتماعيـة فلا يخلو من الخطر على شخص المريض أو غيره كما أن المريض لا يمكنه تكييف نفسه حسب الوسط والظروف التى يعيش فيها

هذا هو ملخص مختصر جداً للجزء من نظريات فرويد الذى يلاقى موافقة متزايدة من علماء النفس فى العالم ولا شك أن ذلك العالم النمسوى باظهاره أهمية القوى الغريزية فى احداث الظواهر العقلية قد حول علم النفس من حالة الجمود التى كان عليها فى القرن الماضى بسبب ارتـكازه بالاكثر على عملية سطحية هى الـكشف الداخلى (Introspection) الى حالة نشاط مملوءة بالاحتمالات الـكثيرة ولا جدال فى أن فرويد أدى لفن الأمراض العقلية خدمات جليـلة بايجاد وسائل نظرية تمكن الباحثين من فهم كثير من أعراض تلك الأمراض التى كانت فى الماضى ضروباً من الالغـاز . ولا جدال أيضاً فى أنه بمشـاهداته وابحاثه جمع حقائق قيمة عن الظواهر العقليـة فى العاديين والمرضى لم تمحوها التطورات العلميـة على مدى الايام مهما يكن نصيب نظرياته المفسرة لتلك الحقائق من الثبوت فى المستقبل

ولقد لقى جزء آخر من نظريات فرويد معارضة شديدة من علماء النفس أدى الى انفصال ينج (jung) وأدلر (adler) عنـه . وأهم نظرية من هـذا الجزء أدعاء فرويد أن أغلب العنـاصر اللاوعيية — ان لم تكن كلها — ناتجة

من الغريزة الجنسية وأن هذه هى المسببة لاغلب الامراض العقلية . ومع أنه من المعقول أن تلاقى تلك الغريزة أكبر نصيب من القمع لقوتها الهائلة ولتعارضها الى حد كبير مع الغريزة والعادات الاجتماعية ومع أن تعريف فرويد لها يعطيها معنى أوسع مما يعطيه لها غيره من العلماء فان أغلب هؤلاء لا يقرونه على اعطاء تلك الغريزة مثل هذه الأهمية الشاذة .

ومهما تكن الخلافات بين علماء النفس فانهم متفقون على اعطاء العوامل النفسية أهمية كبرى فى احداث المرض العقلى وقد بلغ نشاطهم فى ترويج هذه الفكرة فى القرن الحاضر حداً كاد ينتهى بالطغيان على الفكرة المادية مع أن هذه هى الفكرة المفضلة والاساسية والتى تفرعت منها الفكرة النفسية بصفة وقتية الى أن يحصل تقدم جديد فى المعلومات المادية عن المرض العقلى . ولكن علماء وظائف الأعضاء وتعرف الأمراض وقفوا لأنصار الفكرة النفسية وقاوموا تعاليمهم النظرية ولاحظوا بحق أن العوامل النفسية الناتجة من حوادث وصعوبات خارجية يصادفها الانسان فى حياته والتى ينسب اليها احداث الجنون هى موجودة عند أغلب الناس ومع ذلك لحسن الحظ لا يصاب بذلك المرض سنوياً سوى نسبة قليلة جداً لا تزيد فى بلادنا عن اثنين أو ثلاثة سنوياً (وفى انجلترا ٦٫٢) بين كل عشرة آلاف من السكان وذكروا خصومهم بأن كل محاولة قاموا بها فى الماضى لقرن عامل نفسى مخصوص بنوع واحد من المرض العقلى ذهبت أدراج الرياح . وأثبتوا لهم أن كثيراً من الحوادث الانفعالية التى يصادفها المرضى فى حياتهم والتى أعتبرت سبباً لجنونهم هى فى الحقيقة شواهد على بدء المرض عندهم . وبينوا لهم سهولة حصول المرض العقلى الوظيفى فى المصابين بنقص أو قصور عقلى خلقى بعد أى حادث انفعالى بسيط أو أية صعوبة يقابلونها فى الحياة — هذه الاعتبارات وأخرى كثيرة اضطرت علماء النفس الى الاعتراف بعدم كفاية عامل المؤثرات النفسية لاحداث المرض العقلى وبأهمية العامل الخلقى فى ايجاد ذلك المرض . حتى فرويد نفسه المتعصب

لآرائه والمبالغ فى ادعائه صحة تعاليمه اضطر فى النهاية الى الاعتراف فى موضع بوجود ما سماه الطبيعة أو المزاج الجنسى (Sexual constitution) المكون من خبرة الأجداد (Ancestral experience) كأحد العوامل الثابتة فى احداث المرض العصبى الوظيفى والعقلى . واعترف فى موضع آخر بأن هذا الصرح النظرى الذى شيده ليس الا بناء فوقانياً لا أساسا عضويا أو ماديا لا بد من العثور عليه عاجلا أو آجلا

فالوراثة أو الخلقة هى اذاً باعتراف الجميع عامل مهم فى تكوين المصابين بالمرض العقلى الوظيفى . وفعلا اذا دققنا البحث فى التاريخ العائلى لهؤلاء لوجدنا فيما لا يقل عن ٧٥ ٪ منهم أدلة على وجود أحوال عقلية غير عادية فى أقاربهم بما فيهم الأجداد سواء أكانت تلك الأحوال بشكل جنون صريح أو مرض عصبى وظيفى أو شذوذ فى الأخلاق أو السلوك بما فيه الاجرام والتسول والتشرد الخ . واذا دققنا فى الكشف على أجسام المصابين بالجنون خصوصاً الانواع الغير قابلة للشفاء مثل الجنون الوهمى المزمن (Paranoia) وجنون المراهقة أو العته المبكر (Dementia Praecox) لوجدنا فى ٧٥ ٪ منهم علامة أو أكثر من علامات الانحطاط الخلقى (Stigmata of Degeneration) واذا بحثنا بدقة فى التواريخ الشخصية للمصابين بهذين النوعين من الجنون لوقفنا على أدلة كثيرة تثبت أنهم لم يكونوا عاديين فى طفوليتهم بل أنهم كانوا غريبى الأطوار شاذى الطباع . وهذا شاهد آخر على أن تكوينهم الخلقى لم يكن عادياً

« يتبع »

محضر الجلسة العلمية الحادية والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة الساعة الثامنة الا ربع من مساء الثلاثاء ٥ مايو سنة ١٩٢٥ تحت رئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر رئيس الجمعية وحضور عدد من الأعضاء الوطنيين والأجانب

فوقف صاحب العزة الرئيس وأبلغ الهيئة رسمياً وفاة المرحوم الاستاذ ظيفل باشا رئيس جمعية الاسكندرية الأسبق ورئيس الجمعية الطبية المصرية بالقاهرة وألقى كلمة فى تأبينه وتعديد مناقبه والتأسف على خسارته . ثم قام السكرتير فذكر طرفاً من خدمات المرحوم للجمعية الطبية باسكندرية وتلاه الدكتور عبد الرحمن سامى متكلما عن اخلاقه الكريمة . ثم وافقت الهيئة على اقتراح من الرئيس بترتيب محاضرة سنوية تدعى (محاضرة ظيفل باشا) تلقى فى الجمعية تذكاراً لاسمه وتخليداً لذكره . وعلى اقتراح من السكرتير بعمل حفلة خاصة للتأبين يقوم مجلس الادارة بترتيبها يوم الاربعين

ثم قام (الدكتور عزيز عبد المجيد) فالقى محاضرته المذكورة فى غير هذا المكان عن (تحديد دواعى عملية الشق القيصرى)

وبعد القائها دارت عدة مناقشات فى موضوعها :

فالدكتور عبد العزيز عمران تكلم عن تمدد العنق وتلوث الرحم واشار الى أن الجراحين غير مقيدين الآن بهذا السبب عند عمل العملية فالبعض يرفعون الرحم مع الجنين وآخرون يستعملون طريقة جديدة هى تثبيت فتحة الرحم مع فتحة الجرح بعد خياطة البريتون على الرحم وتترك الفتحتان اتقاء للتلوث

والدكتور شعبان هريدى تكلم عن أن نسبه الخطر هى فى هذه العملية أكبر من الولادة العادية ولكنها ليست عظيمة وأشار الى سيدة ولدت سبع

مرات فى باريس بالشق القيصرى وأخيراً استئصل الرحم . وأنه مما زاد فى اقبال الجراحين على هذه العملية شيوع استعمال التخدير الموضعى فيها . وذكر حالة سيدة مصابه بدرن ومرض القلب عملت لها العملية بتخدير موضعى بمحلول نوفوكائين ½ ٪ عليه ٢٥ نقطة أدرينالين . ولم يتسبب نزف وقد أمكن أيضاً عدم تخدير الرحم لانه غير حساس

ثم أشار الى العقم بعد هذه العملية وأبدى رأيه بأن ارتفاع النسبة ربما كان مسبباً من اتباع النساء الاحتياط ضد الحمل خوفاً من التعرض مرة أخرى للوضع بهذه الطريقة

والدكتور عبد الرحمن بك عمر قص حادثة احدى السيدات فى المستشفى الأميرى أرسلت للمستشفى لاسعافها فى الولادة فوجد عندها ضيق مطاق بالحوض ووجد الرحم متوتراً لم يسمح بتفتيت الجنين . وقد مضى عليها يومان استعملت فيهما طرق أخرى حتى أن الجراح خشى التلوث واضطر للشق القيصرى مع رفع الرحم ووجد الجنين ميتاً

وأشار الى الطريقة التى ذكرها الدكتور عمران من تثبيت جرح الرحم بجرح جدر البطن وأن هذه قاعدة متبعة فى عمليات البطن كلها من قديم وربما كان تطبيقها على عملية الشق القيصرى حديثاً

والدكتور أمين رويحه تكلم على الاعتماد الذى يلقى الآن على البريتون والثرب والكريات البيضاء فى محاربة التلوث فى عمليات البطن وانتقد طريقة تثبيت جرح الرحم بجرح البطن اذ أنها قد تسبب الفتق البطنى وتسبب ضعف الرحم . وحبذ عدم الرهبة من الشق القيصرى فى كثير من الأحيان

ثم قام الدكتور عزيز عبد المجيد صاحب المحاضرة فأشار الى رأيه بأنه يجب الابتعاد عن العملية بقدر ما يمكن خوفاً من التلوث والندبة التى لا بد من حدوثها بالرحم فتضعفه فانها ربما لا تسمح للمحل بالزيادة عن سبعة شهور فيتمزق وذكر أن الخطر المباشر من العملية ليس فى خطورة الخطر البعيد وهو

حدوث التمزق أما عمية شق العانة فقد قرر أنها تفضل عند خوف التقيح بقدر ما يمكن

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

محضر الجلسة العلمية الثانية والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

عقدت الجلسة بالمستشفى الأميرى الساعة السابعة ونصف من مساء يوم الثلاثاء ١٩ مايو سنة ١٩٢٥ تحت رئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر رئيس الجمعية وحضور كثير من الأعضاء

فقام (الدكتور احمد بك قدرى) طبيب مستشفى الأمراض التناسلية ببلدية اسكندرية والقى محاضرته المذكورة فى غير هذا المكان عن (البول الدموى)

وبعد القائها دارت عدة مناقشات فى موضوعها

فالدكتور يالوسيس أشار الى أن الدكتور بنزتاكس من المستشفى اليونانى باسكندرية قد أجرى بحثاً فى أن الأميبا الدوسنطارية قد توجد فى الشعب الرئوية وأيضاً فى الكلى والمثانة . وأنها تسبب التهاباً مثانياً ينشأ عنه دم وقيح وتشفى بالامتين

والدكتور عزيز عبد المجيد تكلم عن أن الفكرة الحديثة عن الالتهاب الكلوى المصحوب بالبول الدموى الذى أشار اليه المحاضر هى أنه ليس نوعاً خاصاً بل هو عارض فقط يظهر فى بعض أحوال الالتهاب الكلوى بسبب معروف أو غير معروف

ثم ذكر أن (اليروتروبين) بمقادير كبيرة قد يسبب بولا دموياً يشفى بالامتناع عنه وقص حالة مصاب بسيلان عالجه صيدلى بذلك الدواء بكميات كبيرة

واشار أيضاً الى حالة طالب طب حدث له نزيف شديد بسبب ورم papilloma بالمثانة استئصل بالعمليه . والدكتور نجيب قناوى اكد ما ذكره الدكتور يالوسيس وذكر حالة عالجها بالامتين فشفيت من الالتهاب الشعبى بغير علاج آخر .

والدكتور عبد الرحمن بك عمر أومى الى أحد الأسباب للبول الدموى وهو الناشىء من العمليات الجراحية . وذكر حالة مريض بحصاة كلوية عملت له عملية لاستخراجها وشفى الجرح بالقصد الأول .

ولكن حدث نزيف شديد فى اليوم السابع من العملية توفى بسببه المريض وذكر أن المتبع فى مثل هذه الأحوال هو استئصال الكلية كلها بأسرع ما يمكن منعاً للنزف الذى يسبب جلطاً كثيرة بالمثانة قد لا تخرجها القسطرة ويدعى هذا النزيف بالتابعى

ثم قفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة ونصف مساء

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

كتاب
تشخيص الامراض العصبية

البرنامج

١) تركيب جسم الانسان والطب الباطنى	Dozent Dr. Julius Bauer
٢) أمراض القلب	Professor Dr. Ludwig Braun
٣) اضطرابات الجهاز الهضمى	Dozent Dr. Herbert Elias
٤) غدة البنكرياس	Professor Dr. Wilhelm Falta
٥) العلاج الطبيعى	Dozent Dr. Ernst Freund
٦) الربو وأمراض البلورا	Dozent Dr. Ludwig Hofbauer
٧) أمراض الشرايين والاوردة	Dozent Dr. Hermann Kahler
٨) التشخيص البكتريولوجى والبيولوجى عن السل	Professor Dr. Ernst Lowenstein
٩) أمراض الدم	Dozent Dr. Alfred Luger
١٠) التشخيص الاكلينيكى للأمراض الوظيفية	Dozent Dr. Hanns Polliker
١١) فصول منتخبة فى الطب الباطنى	Professor Dr. Hermann Schlesinger
١٢) أمراض المعدة	Professor Dr. Gustav Singer
١٣) فحص البول ووظائف الاوردة	Dozent Dr. Oskar Weltmann
١٤) أمراض الامعاء	Dozent Dr. Walter Zweig

وسينشر المكتب برنامجا دقيقاً من أول نوفمبر عن هذه المحاضرات

Prof. Hermann Sehlesinger m. p. *Prof. Wagner-Jauregg m.p*

President de l'organisation des cours
à la faculté a médecine à Vienne

(ملحوظة) الرجا من حضرات القراء قراءة صفحة ٤٧٣ قبل ٤٧٢ لان الاخيرة متممة للاولى

﴿لجنة تنظيم محاضرات الكلية الطبية بفينا﴾

تعد لجنة تنظيم محاضرات الكلية الطبية بفينا فصلا لألقاء محاضرات فى الطب الباطنى باللغة الفرنسية فيما بين التاسع والحادى والعشرين من شهر نوفمبر سنة ١٩٢٥

مدرسة الدراسة : خمسة وخمسون حصة

مواعيد المباحثات العمومية : تكون هذه المباحثات فى كل أيام الاسبوع (ما عدا يوم الخميس ١٢ نوفمبر) من الساعة ١١ الى الساعة ١٣ ومن الساعة ١٦ الى الساعة ١٨ أما يوم السبت الموافق ٢١ نوفمبر فمن الساعة ١١ الى الساعة ١٣ ومن الساعة ١٧ الى الساعة ١٩

الرسوم : يدفع المشتركون مبلغ ١١٥ شلنا نمساويا (١٦،٥٠ ريالا أمريكيا) أو ما يعادل ذلك من العملة الاجنبية عن جميع مدة الدراسة وتدفع هذه الرسوم مقدما الى مكتب المحاضرات الطبية بفينا

("Bureau der wiener Arztekurse," Vienne 8, Schlosselgasse, 22.)

وهذا المكتب يعطى للمشترك تذكرة تخول له الامتيازات الآتية : —

١) حضور جميع فصول المحاضرات باللغة الالمانية أوالفرنساوية عن السنة المدرسية سنة ١٩٢٥ — ١٩٢٦ (أول أكتوبر سنة ١٩٢٥ — ٣٠ سبتمبر سنة ١٩٢٦) فى الكلية الطبية بفينا

٢) تخفيض ٥٠ ٪ من رسوم التأشير النمساوى على الجوازات

٣) التأشير المجانى على الجوازات . تسلم الجوازات لمكتب قسم المحاضرات الطبية بفينا وهو الذى يقوم بالحصول على هذا التأشير من ادارة البوليس المحلية

٤) تخفيض أجور بعض اللوكاندات والبانسيوناث والمطاعم المبين أسمها فى اعلانات المكتب

النشرة الادارية لمصلحة الصحة العمومية

رقم ٩١ تعيين — عين الدكتور امين افندى غالى بوظيفة طبيب بدل براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ١٠ مايو سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

وعين الدكتور نسيم افندى أبو سيف بوظيفة طبيب امتياز بعقد يبتدئ فى ١٢ مايو سنة ١٩٢٥ وينتهى فى ٣١ مارس سنة سنة ١٩٢٦ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة وألحق بمستشفى قصر العينى

رقم ٩٢ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الموظفين المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور اسماعيل افندى يسرى	بندر طنطا	مساعد مفتش صحة مديرية جرجا	١٢ — ٦ — ١٩٢٥
« محمود محمد شلبى افندى	مساعد مفتش صحة مديرية جرجا	« « « « المنيا	١٥ — ٦ — ١٩٢٥
« عبد اللطيف فهمى «	« « « « المنيا	« « بعموم المصلحة	١٢ — ٦ — ١٩٢٥
« محمد عبد الحميد جوهر «	بندر دمنهور	المعامل	١٢ — ٦ — ١٩٢٥

رقم ٩٥ رفت — بناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور الفريد افندى تادرس شكر الله الطبيب بقسم الامراض العقلية قد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ١٠ يونيو سنة ١٩٢٥

رقم ٩٧ تعيين — عين الدكتور اسماعيل افندى يوسف زايد بوظيفة طبيب امتياز بعقد يبتدئ فى ١٦ مايو سنة ١٩٢٥ وينتهى فى ٣١ مارس سنة ١٩٢٦ براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة وألحق بمستشفى قصر العينى

وعين كل من الدكتور جورجى افندى رزق سوريال والدكتور امين افندى بقطر روفائيل بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة الاول اعتباراً من ٢٦ مايو سنة ١٩٢٥ والثانى من ٢٨ من الشهر المذكور وألحقا بقسم الأوبئة

رقم ٩٨ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الأطباء المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اهم كل منهم . —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور بطرس جرس افندى . .	عموم المصلحة	العطف	١٥ — ٦ — ١٩٢٥
« عثمان سليم افندى	العطف	ميت غمر (قسم أول)	١٨ — ٦ — ١٩٢٥
« نصيف عطيه افندى . . .	ميت غمر (قسم أول)	بندر طنطا	٢١ — ٦ — ١٩٢٥
« محمد صدقى على افندى . .	مركز بنى سويف (قسم أول)	شبراخيت	١٥ — ٦ — ١٩٢٥
« كامل يعقوب افندى . .	شبراخيت	أبنوب	١٨ — ٦ — ١٩٢٥
« عبد المسيح بشاى افندى .	أبنوب	قويسنا (قسم أول)	٢١ — ٦ — ١٩٢٥
« عبد العزيز محمد شرف افندى	قويسنا (قسم أول)	بنى سويف (قسم أول)	٢٤ — ٦ — ١٩٢٥

رقم ١٠٠ تعيين — قد تقرر تعيين حضرة صاحب العزة الدكتور مصطفى بك صفوت بوظيفة مديراً للادارة الصحية بدرجته وراتبه الحاليين اعتباراً من ٤ مايو سنة ١٩٢٥

وتقرر تعيين حضرة الدكتور سليم شنودى افندى رئيساً لأطباء القسم الطبى بأقسام الحدود من أول يونيو سنة ١٩٢٥ وعين الدكتور رياض افندى أبو سيف بوظيفة طبيب بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٥ جنيه وعلاوة ٢٠ ٪ فى الشهر اعتباراً من ١٤ مايو سنة ١٩٢٥ وألحق بملحقات الانكيلوستوما

رقم ١٠١ ترقيات — قد تقرر ترقية صاحب العزة الدكتور محمد بك أنور كبير مفتشى الاقسام بالمصلحة الى وظيفة مدير قسم من الدرجة الثانية اعتباراً من أول يونيو سنة ١٩٢٥

وترقية حضرة الدكتور أرميا افندى دوس البكتريولوجى بالمعامل الى الدرجة الرابعة اعتباراً من أول يونيو سنة ١٩٢٥

وترقية حضرة الدكتور محمود افندى فوزى طبيب أول مستشفى السويس الى الدرجة الرابعة اعتباراً من أول يونيو سنة ١٩٢٥

وترقيـة حضرة الدكتور اسماعيل افندى يسرى مفتش ثان صحة مديرية جرجا الى الدرجة الخامسة (ا) اعتباراً من أول يونيو سنة ١٩٢٥

رقم ١٠٦ تعيين — عين كل من الدكتور ديمترى افندى سلامه والدكتور حسين افنـدى محمد ابراهيم والدكتور ابراهيم افندى على رمضان بوظيفة طبيب مؤقت بمستشفيات الانكلستوما براتب قدره ١٨٠ جنيهاً سنوياً لـكل منهم تصرف من ربط الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ١٤ ابريل سـنة ١٩٢٥ بعقد لمدة ستة شهور

وعين الدكتور احمد افندى فريد بوظيفة طبيب بعقد لمدة سنة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠٪ فى السنة اعتباراً من ١٠ يونيو سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الأوبئة

رقم ١٠٨ رفت — بناء على الاستقالة المقدّمة من الدكتور نجيب افندى نقولا ميخائيل الطبيب بمستشفيات الانكيلوستوما قد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ١٥ يونيو سنة ١٩٢٥

وبناء على ما قرره القومسيون الطبى العام من عدم لياقة الدكتور محمد افندى راشد عبد الله طبيب صحة مركز بنى سويف قسم ثان للخدمة طبياً قد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ٣ يونيو سنة ١٩٢٥

رقم ١١٠ تعيين — عين الدكتور محمود افندى لطفى بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول ابريل سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الرمد التابع لمجلس مديرية المنوفية بمنوف

وعين كل من الدكتور حسين افندى محمد ابراهيم والدكتور ناصف افندى توفيق الطبيب المؤقت بمستشفيات الانكيلوستوما بوظيفة طبيب مقيم بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢٣ مايو سنة ١٩٢٥ وألحقا بمستشفى اسكندرية

وعين الدكتور محمد افندى الحسينى بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيهاً فى السنة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول يونيو سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

وعين كل من الدكتور زكى افندى قلته عبد المسيح والدكتور جورجى افندى شحاته والدكتور شكرى افندى ساويرس تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة لكل منهم اعتباراً من أول يونيو سنة ١٩٢٥ وألحقوا بعموم المصلحة

رقم ١١١ تنقلات — تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور محمد صبرى الفار افندى	عموم المصلحة	بلبيس قسم ثان	١٠ — ٧ — ١٩٢٥
« كامل جرجس المصرى افندى	بلبيس قسم ثان	مستشفى الحميات بالعباسية	١٣ — ٧ — ١٩٢٥
« شالوم داود مسعوده افندى	عموم المصلحة	بلقاس	١٠ — ٧ — ١٩٢٥
« كمال الياس افندى . . .	بلقاس	اطسا	١٣ — ٧ — ١٩٢٥
« وديع بطرس افندى . . .	اطسا	بندر دمنهور	١٦ — ٧ — ١٩٢٥

وبما أن الدكتور شالوم افندى داوده مسعوده منتدب الآن للقيام بأعمال طبيب صحة بندر أسيوط فيبقى قائما بهذه المأمورية لحين عودة الطبيب الأصلى من مأمورية رأس البر — وسينتدب طبيب من عموم المصلحة الى بلقاس اعتباراً من ١٠ يوليو سنة ١٩٢٥ ليخلى الدكتور كمال افندى الياس من الاعمال

رقم ١١٢ ترقية — قد تقرر ترقية حضرة الدكتور وليم افندى بقطر طبيب مستشفى الأقصر من الدرجة السادسة الى الدرجة الخامسة اعتباراً من أول يونيه سنة ١٩٢٥

رقم ١١٣ تثبيت — بما أن الدكتور وصفى افندى عمر طبيب صحة مركز قنا قد مضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

رقم ١١٤ رفت — قد تقرر رفت جناب الدكتور تشارلس طود المستشار الفنى لمعامل مصلحة الصحة العمومية من الخدمة اعتباراً من ١٦ يوليو سنة ١٩٢٥ بمناسبة اعتزاله خدمة الحكومة المصرية

وفصل الدكتور فهمى افندى روفائيل مرجان طبيب الامتياز بمستشفى قصر العينى عن خدمة المصلحة اعتباراً من أول يوليه سنة ١٩٢٥

رقم ١١٧ تنقلات — تقرر نقل حضرات الموظفين المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	الجهة المنقول منها	الجهة المنقول اليها	تاريخ النقل
حضرة الدكتور محمد بك فهمى . .	مفتش صحة مديرية الجيزة	مفتش صحة مديرية البحيرة	٢٢ — ٧ — ١٩٢٥
« « فام بك بشاى . . .	مفتش صحة مديرية البحيرة	مفتش صحة القسم بقنا	٢٥ — ٧ — ١٩٢٥
« « محمد بك على دويدار	مفتش صحة القسم بقنا	مفتش صحة القسم بالمنيا	٢٨ — ٧ — ١٩٢٥
« « احمد بك عبد الرؤوف	مفتش صحة القسم بالمنيا	مفتش صحة القسم بطنطا	١ — ٨ — ١٩٢٥

وتقرر نقل الدكتور وهبه افندى جرجس حنا الطبيب بمستشفى المجاذيب بالعباسية الى مستشفى المجاذيب بالخانكة اعتباراً من ١٠ يونيه سنة ١٩٢٥

رقم ١١٨ ترقية — تقرر ترقية كل من حضرات الموظفين المذكورين بعد الى الدرجات الموضحة أمام اسم كل منهم اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٥ : —

الاسم	الوظيفة	الدرجة الجديدة
حضرة الدكتور عبد الحليم محفوظ بك . .	وكيل قسم المستشفيات العمومية	الثالثة
« « عبد الرحمن عمر بك . . .	مدير مستشفى الاسكندرية	«
« « محمود على السركى بك . . .	مفتش بقسم المستشفيات العمومية	«
« « محمد صدقى بك	« « « «	«
« « محمد توفيق افندى	مفتش بقسم المستشفيات الرمدية	«
« « محمد فهمى بك	مفتش صحة مديرية البحيرة	«
« « حسن بك فريد	مفتش صحة مديرية الغربية	«
« « محمد افندى بهجت كفافى . .	وكيل مستشفى الحميات بالعباسية	الرابعة
« « رياض افندى اسكندر . . .	جراح بمستشفى الاسكندرية	الخامسة

رقم ١١٩ تثبيت — بما أن حضرة الدكتور على افنـدى على طالب الطبيب بقسم طبى الحدود قد مضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

رقم ١٢٠ رفت — تقرر رفت الدكتور محمد افنـدى مصطفى رياض الطبيب بعموم المصلحة من الخدمة اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٠ نقلا على وزارة المعارف العمومية

رقم ١٢٢ تعيين — عين الدكتور ميخائيل افندى مينا شنوده المصرى بوظيفة طبيب تحت الاختبار بالدرجة السادسة الفنية براتب قدرة ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول يونيه سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

رقم ١٢٥ رفت — بناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور محمد افندى احمد مبارك طبيب ثانى مستشفى بور سعيد قد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتباراً من ١٤ يونيه سنة ١٩٢٥

رقم ١٢٨ افتتاح مستشفى مغاغه — ليكن معلوماً أن المصلحة قد استلمت بيد الشكر فى ٢٣ يوليو الماضى من صاحب السعادة صالح لملوم السعدى باشا المستشفى الذى أنشأه بمغاغه وأصبح معداً من ذلك التاريخ لمعالجة المرضى

رقم ١٢٩ تعيين — قد تقرر تعيين حضرة الدكتور على افندى فؤاد بوظيفة مفتش بقسم المسائل الصحية بعموم المصلحة بدرجته وراتبه الحاليين اعتباراً من ٢٣ يوليو سنة ١٩٢٥

وعين كل من الدكتور عباس افندى حلمى والدكتور توفيق افندى محمد الزرقا بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتبار من أول يوليو سنة ١٩٢٥ وألحقا بمستشفى الاسكندرية

وعين الدكتور شفيق افندى ابراهيم سعود بوظيفة طبيب تحت الاختبار بالدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتباراً من ١٦ يوليو سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفيات الانكلستوما

وعين الدكتور على افندى حلمى بوظيفة طبيب مؤقت براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة بعقد لمدة ستة شهور اعتباراً من ٢٦ يوليو سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الاوبئة

وعين الدكتور عزيز افندى يوسف ابراهيم بوظيفة طبيب مؤقت براتب قدره ١٨٠ جنيهاً وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة بعقد لمدة ستة شهور اعتباراً من ٢٦ يوليو سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الأوبئة

رقم ١٣٠ تنقلات — تقرر نقل حضرات الموظفين المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	الجهة المنقول منها	الجهة المنقول اليها	تاريخ النقل
الدكتور عبد الحميد صادق افندى	طبيب قسم الدرب الاحمر	مفتش ثانى صحة المنوفية	٣٠ — ٨ — ١٩٢٥
« عبد المجيد رمزى «	« « الجمالية	« « « الشرقية	٣٠ — ٨ — ١٩٢٥
« عبد العزيز محمد «	مفتش ثانى صحة المنوفية	« أول « اسوان	٢ — ٩ — ١٩٢٥
« ابراهيم لبيب «	« « « الشرقية	« ثانى « الغربية	٢ — ٩ — ١٩٢٥
« جرجس نجيب «	« « « الغربية	« أول « قنـا	٥ — ٩ — ١٩٢٥
« ابراهيم زكى «	« صحـــــة قنـا	« صحـة جرجا	٨ — ٩ — ١٩٢٥
« محمود ابراهيم «	« « جرجا	« « الشرقية	١١ — ٩ — ١٩٢٥
« زكى بك يوسف «	« « الشرقية	« « الجيزة	١٤ — ٩ — ١٩٢٥

(تابع) رقم ١٣٠ تنقلات — وتقرر نقل حضرات أطباء المستشفيات العمومية المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم :—

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور صادق اسكندر افندى	طبيب ثالث بمستشفى أسيوط	طبيب ثانى مستشفى اسيوط	٣ — ٨ — ١٩٢٥
« احمد محمد النقيب «	« ثانى « «	مساعد بمستشفى اسكندرية	٨ — ٨ — ١٩٢٥
« توفيق محمد الزرقا «	« مقيم « اسكندرية	طبيب ثالث بمستشفى أسيوط	«
« عباس حلمى «	« « « «	« بدل بقسم المستشفيات	«
« عبد الله رفله «	« بمستشفيات الانكلستوما	« مقيم بمستشفى اسكندرية	سيعين التاريخ فيما بعد

وقد تقرر نقل الدكتور احمد افندى مصطفى العروسى الطبيب بعموم المصلحة الى صحة مركز بنى سويف قسم ثان اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٣١ ترقيات — قد تقرر ترقية حضرة الدكتور محمد باك فؤاد وكيل مستشفى المجاذيب بالعباسية الى الدرجة الثالثة اعتباراً من أول يوليه سنة ١٩٢٥

وتقرر ترقية حضرة الدكتور ابراهيم افنـدى كامل مفتش التطعيم بالوجه البحرى الى الدرجة الخامسة اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٥

رقم ١٣٢ تثبيت — بما أن الدكتور احمد افندى حسن خضر الطبيب بعموم المصلحة قد قضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته بدرجته وراتبه الحاليين

رقم ١٣٣ رفت — بناء على ما قرره القومسيون الطبي العام من عدم لياقة الدكتور محمد افندى صدقى على طبيب صحة مركز شبراخيت للاستمرار فى الخدمة قد تقرر فصله من خدمة المصلحة اعتباراً من ٩ يوليو سنة ١٩٢٥

رقم ١٣٥ ايفاد بعثة خارج القطر — تنوى المصلحة ايفاد بعثة خارج القطر مكونة من ثمان ينتخبون من بين موظفى المصلحة وذلك طبقاً لقرار اللجنة الوزارية الاستشارية لبعثات الحكومة الصادر فى ١٨ يوليو سنة ١٩٢٥ وستكون هذه البعثة مؤلفة على الوجه الآتى : —

(١) عضو واحد لتحضير الامصال ويعتبر فى بعثة علمية عملية طبقاً للمادة الثالثة والخمسين من لائحة بعثات التعليم

(٢) عضو واحد للتخصص فى علم الحشرات الطبية — Medical Entomology ويعتبر فى بعثة علمية طبقاً للمادة الخمسين من اللائحة والمادة ٤٩ (الفقرة الخاصة بالسن)

(٣) عضو للتخصص فى تحليل مياه الشرب والمجارى ويعتبر فى بعثة عملية طبقاً للمادة التاسعة والخمسين من اللائحة

(٤) ثلاثة أعضاء للتخصص فى الصحة العمومية ويعتبرون فى بعثة علمية عملية طبقاً المادة الثالثة والخمسين من اللائحة

(٥) عضو للتخصص فى فرع الطفيليات — Parasitology — ويعتبر فى بعثة علمية طبقاً للمادة الخمسين من اللائحة

(٦) عضو للتخصص فى الطب والجراحة الرمدية ويعتبر فى بعثة عملية طبقاً للمادة التاسعة والخمسين

ويشترط فى طالب الالتحاق أن يكون حائزاً لدبلوم مدرسة الطب المصرية أو دبلوم من كلية أجنبية معترف بها مصحوبة بشهادة الدراسة الثانوية قسم ثان عدا العضو الذى سيرسل للتخصص فى تحليل مياه الشرب والمجارى فيشترط فيه أن يكون حائزاً

لدبلوم فى الكيمياء ويفضل من كان حاصلا على بكالوريوس فى العلوم بدرجة شرف فى علم الكيمياء — B. Sc, Honnurs
Chemistry — ويجب أن تصل الطلبات الى المصلحة فى ميعاد لا يتجاوز خمسة عشر يوماً من تاريخ هذا الاعلان

وعلى مقدم الطلب أن يبين فيه بوضوح وعلى هذا الترتيب

أولا — (ا) اللغات التى يعرفها ودرجة معرفته لكل منها

(ب) الشهادات المصرية والاجنبية الحاصل عليها وتاريخ حصوله على كل منها

(ح) تاريخ ميلاده حسب التقويم الافرنجى

(ى) حالته من حيث كونه داخل هيئة العمال أو تحت الاختبار أو مؤقتاً

(ه) هل سبق أن كان عضواً بالبعثة وتاريخ عودته منها وسبب ذلك

ثانياً — يجب أن يرسل الموظفون طلباتهم مسجلة بطريق البريد على ورق عادى برسم حضرة صاحب السعادة وكيل وزارة الداخلية للسؤون الصحية

ثالثاً — اذا أراد الموظف أن يلحق بأكثر من بعثة من البعثات المتعددة التى يجوز له بمقتضى الشهادات الحاصل عليها أن يرشح نفسه لها فعليه أن يقدم طلباً منفصلا عن كل بعثة من البعثات

رابعاً — يجب أن لا يزيد سن الطالب عن ثلاثين سنة فى شهر اكتوبر المقبل عدا العضو الثانى

خامساً — يجب على حضرات رؤساء الفروع أن يبادروا بتبليغ هذا الاعلان الى جميع الموظفين التابعين لهم وأن يتخذوا الاجراآت اللازمة لتبليغه أيضا لمن كان منهم متغيبا بأجازة أو غير ذلك

ولاجل ارشاد راغبى الالتحاق بالبعثة قد بين فيما يلى نص المواد ٤٩ ، ٥٠ ، ٥٣ ، ٥٩ المشار اليها بهذا الاعلان

(المادة ٤٩) يشترط فى طالب البعثة الا تزيد سنه وقت نجاحه فى امتحان دبلوم المدارس العليا (أو المدارس التى يشترط

للقبول فيها حيازة الشهادة الثانوية قسم ثان) عن ٢٥ سنة ميلادية

فاذا كان المنتخب للبعثة حائزاً لدبلوم من المداوس الخصوصية أو المتوسطة فيشترط ألا تكون سنه عند النجاح فى الدبلوم أكثر من ٢٠ سنة ميلادية

وعلى كل حال يشترط ألا تزيد السن عن ٢٨ سنة فى أكتوبر التالى لاختباره وهذا فيما عدا أعضاء البعثة العلمية المنصوص عنها فى المادة ٣٥ فان سن عضو البعثة يجب ألا تزيد عن ٤٥ سنة

(المادة ٥٠) يشترط فى عضو البعثة العلمية طالباً كان أو موظفاً أن لا تقل درجة نظره عن ٦/٦ فى احدى العينين و ٦/٢٤ فى العين الاخرى أو ٦/٩ لكل عين وأن يكشف على كل عين على حدتها

ويجوز له استعمال النظارات التى لا تزيد قوتها على ٦ ديوبترى لكل من العينين واذا كانت قوة النظارات أكثر من ٦ ديوبترى يكشف على الطالب خبير رمدى واذا رأى هذا الخبير أن عينى العضو جيدتان صحياً ماعدا الخطأ فى انكسارالاشعة وهذا الخطأ هو على الارجح ثابت وليس من المحتمل أن يؤدى الى ضعف البصر متى استعملت النظارات على الدوام فيجوز له أن يقرر قبول العضو

(المادة ٥٣) اذا كانت الدراسة التى يزاد التخصص فيهـا جامعة بين الدراسة العلمية والعملية فانه يجب توفر أشد شروط اللياقة أى شروط اللياقة الواجب توفرها للدراسة العلمية

(المادة ٥٩) البعثات العلمية التى يختار أعضاؤها من بين الموظفين الحاصلين على شهادات ولكن تنقصهم التجربة العملية ومعرفة تطبق العلم على العمل لا يراعى بشأنها شروط حيازة نسبة معينة من الدرجات فى الامتحان الذى تخرجوا بعده ولا شرط حيازة الدبلوم فى سن معينة ويمكن اختيار أعضاء مثل هذه البعثات من الموظفين الذين لا تزيد سنهم عن ثلاثين سنة

وكيل الداخلية للشئون الصحية : محمد شاهين

الى حضرات الكتاب واطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت او لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et repandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its natur, in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الثامن أكتوبر ١٩٢٥ OCTOBER 1925 السنة الثامنة

المجلة الطبية المصرية

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

لسان حال الجمعية الطبية المصرية
الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاعلانات »
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية
توسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الموضوع	صفحة

مطبعة الاعتماد



هيمو
جلو بين
دشيان

حديد حيوى

عناصر الدم

المؤكدة

معالجة الدم بالدم

مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من اكثر من ثلاثين الف
طبيب يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل ملعقة كبيرة تحتوى على غرامين ونصف من الهيموجلوبين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين فى اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان — فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع السلطان فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتيريه روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : ذات الرئه — الانفلونزا — التهاب اللوزتين — والتيفويد — والروماتيزم وتسمم الدم — والتهاب الامعاء — والتهاب البريتون والمسن والتهاب المبيضين ـ والتهاب السحايا ـ والتدرن ـ والحمى المتقطعة ـ (الملاريا)

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل و بدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد — بين العضلات — أو بين الاوردة من ١ لغاية ٦ سينتمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثامن | أكتوبر سنة ١٩٢٥ | السنة الثامنة

البلهارسيا المعوية

رأى فى علاجها الجراحى والباطنى

للدكتور يوسف رأفت حكيمباشى مستشفى الفيوم

قد طرق موضوع البلهارسيا عموماً أطباء كثيرون وأطالوا البحث والتنقيب فيه غير أننى اليوم أطرق فرعاً منه وهو البلهارسيا المعوية وانتشارها فى أنحاء مديرية الفيوم وعلاجها الجراحى والباطنى وقبل أن أبدأ الموضوع رأساً فضلت أن أقول كلمة مختصرة عن الموقع الجغرافى لمديرية الفيوم

بلاد الفيوم عبارة عن واحة واقعة فى باطن صحراء ليبيا وتختلف عن واحات مصر الاخرى بقربها من نهر النيل وخصب اراضيها وكثرة زرعها وخصوصاً فاكهتها التى منها التين والعنب والزيتون والبلح الخ .

وكذلك جوها يختلف عن الواحات الاخرى بالنسبة لرطوبة هوائها وقلة حرارة صيفها بالمقارنة بالواحات الاخرى وسكانها يكثر فيهم العنصر العربى الذى يقطن البلاد المتطرفة فى أنحاء المديرية

طرق الرى هنا غريبة نوعاً عن غيرها من البلاد المصرية فبينما نجد أراضى باقى بلاد القطر المصرى منبسطة وعلى مستوى واحد نجد الارض هنا ما بين منخفض ومرتفع تشبه الاراضى الأوروبية وكلها تروى بسهولة لكثرة ووفرة المياه الآتية من البحر اليوسفى الذى هو فرع من نهر النيل

قلنا أن المياه هنا كثيرة والزائد منها يصب فى بركة قارون المقال عنها قديماً بركة موريس التى كانت تستعمل أيام الفراعنة كخزان لمياه النيل اللازمة لرى الاراضى الزراعية أيام الجفاف ومنسوب البلاد منخفض جداً

ملاحظة : المنسوب هنا موقع البلدان بالنسبة لمستوى سطح البحار

فمنسوب القاهرة ٢١° فوق الصفر

ومنسوب المنصورة ٥° « «

ومنسوب الفيوم ٢٣ « «

ومنسوب سنورس ٤ « «

ومنسوب البلاد والقرى حول بركة قارون ٤٤ تحت الصفر

فانخفاض المنسوب ووفرة مياه الرى فى البلاد وركودها فى المصارف النائية خصوصاً قرب بركة قارون وكذلك وجود المستنقعات مما يزيد فى انتشار مرض البلهارسيا والملاريا والدوسنتاريا الاميبية فتجد أن أكثر من ٧٠٪ من مرضى العيادة الخارجية هم فى الحقيقة مرضى بالبلهارسيا وانك اذا ذهبت الى احدى مدارس الفيوم الاهلية الابتدائية ليهولنك منظر المباول المدممة للطلبة المرضى بها. ولقد قمت بجملة ابحاثات ميكروسكوبية للبول والبراز والاورام المثانية والمعوية لفحص بويضات البلهارسيا فكانت النتيجة وجود البيضة ذات الشوكة الطرفية ولم أعثر على البيضة ذات الشوكة الجانبية وقد قام بذلك الفحص أيضاً زميلى الدكتور محمد خليل بك فلم يهتد الى وجود البويضة ذات الشوكة الجانبية أيضاً وهذا أمر غريب حيث أن فحص البراز لمرض البلهارسيا المعوية عادة كان

يظهر وجود بويضات ذات الشوكة الجانبيـة Bilharz Mansoni أى أنه فى المناطق الاخرى خلاف الفيوم يجد الاولى مسكنها عادة الامعاء والثانية مسكنها المسالك البولية ولو أنه يجوز وجود الاثنين فى البول أو البراز.

أن المشاهدات الاكلينيكية لمرضى البلهارسيا المعوية تقع فى ثلاث درجات

-- الدرجة الاولى يظهر فيها المرض بهيئـة بقع مستديرة أو بيضاوية الشكل تختلف فى المساحة من ملليمترات الى سنتيمترات مربعة وهى محتقنة وخشنة الملمس (Sandy patches) ومرتفعة قليـلا عن الغشاء المخاطى ولونها مائل الى الاصفرار

والدرجة الثانية تظهر بهيئة اورام بسيطة محتقنة وخشنة ورملية الملمس وصلبة نوعا وبارزة عن الغشاء المخاطى وتختلف بكثرتها وبدرجة تقدمها من حبيبات حمصية أو ترمسيـة الحجم الى شكل عنقود العنب أو الـكرنبيت وبعضها مدلى بعنق يسهل قطعه والبعض مجرد من ذلك

والمريض فى كلتا الحالتين يظهر بشكل الانيميا الـكاملة وبعلاماتها وأعراضها جميعاً وكذلك أعراض الدوسنتاريا

والدرجة الثالثة تظهر بتغنغر وسقوط تلك الاورام وتركها قرحاً صغيرة أو كبيرة حسب حجم الاورام وهذه القرح ذات حافات ملتهبة وغير منتظمة وقاعدتها مغطاة بطبقة صديدية ليمفاوية لونها أصفر مائل الى السواد والمريض يكون فى حالة ضعف شديد وأنيميا متقـدمة واسهال وأعراض دوسنتاريا مزمنة الخ

وفحص البراز لمرض البلهارسيا المعوية ينتج فى الغالب ان لم يكن دائما وجود الاميبا أى أن العدوى مزدوجة وأن العلاج بالحقن الوريدى بالطرطير غير كاف أو يطيل العلاج كثيراً فقد أعطيت لحالة فى مدة أربعة شهور ٦٥

قمحة من الطرطير ويجب اعطاء الأمتين بالحقن الوريدى أو تحت الجلد قمحة كل يومين وبالتناوب مع الطرطير لغاية خمس عشرة قمحة تقريباً من الامتين

وهاك حالة من الخمس حالات التى عولجت فى بلهارسيا المستقيم أذكرها باختصار

ى . ل . عمره ١٩ سنة من عزبة موسى باشا تبع الصالحيـة مركز الفيوم دخل المستشفى فى ٢٩ / ٤ / ٩٢٥ وخرج منه يوم ٣٠ /٥ / ١٩٢٥ حالته عند الدخول يشكو من ألم عند التبرز واسهال مصحوب بدم ومخاط وعدم النوم من كثرة نوبات التبرز واعراض انيميا متقدمة وسقوط المستقيم عند التبرز مع بروز أورام عينية عنقودية منتشرة بالمستقيم والبراز يحتوى على بويضات البلهارسيا والاميبا وخال من الانكلستوما

علاجه — عملت له عملية استئصال وربط الاورام وبعد العملية بساعتين وقبلها بساعتين أعطى مصل الاستربتكوك ١٥ جرام وذلك لمنع النزف الدموى بعد تلك العملية ثم أعطى العلاج بالحقن الوريدى يوماً بالطرطير ويوماً آخر بالحقن تحت الجلد قمحة من الأمتين الى أن وصل مقدار الطرطير ٢٥ قمحة والامتين ١٥ قمحة وقد خرج المريض والانيميا متحسنة جداً والتبرز طبيعى من غير ألم ولا سقوط بالمستقيم والبراز متماسك ويابس نوعاً ومجرد عن الدم والمخاط

نشر حضرتا الدكتور دلبى استاذ الجراحة بمستشفى القصر العينى والدكتور ابراهيم بك فهمى الجراح بالمستشفى المذكور مقالة فى مجلة اللانست سنة ١٩٢٤ يوصيان فيها بعمل استئصال جزء من المستقيم المصاب بأورام البلهارسيا يختلف طوله حسب امتداد المرض وهى بالطبع عملية مهمة وكبيرة ونافعـة ولكن هل نفعهـا قوى وظاهر فى الاحوال التى تصل الاورام الى القولون المستعرض أظن وأعتقد بعد استسماح حضرتى الطبيبين ان نفعها قليل ولا

سيما وأنها عملية كبيرة والمريض فى تلك الحالة ضعيف البنية ومنهوك القوى ومتقدم فى الانيميا

فى هذه الاحوال قد عملت عملية استئصـال الاورام أى عمل شق فى الغشـاء المخاطى وربط العنق للورم (Transfixing) وخياطة الغشاء المخاطى واعادته الى أصله

وأحياناً يعمل عملية كى الاورام خصوصاً اذا كانت صغيرة بالترموكوتير مع اعطاء الدور العلاجى لحقن الطرطير والامتين ويجب تفهيم المريض أن النتيجة حسنة طالما واظب على العلاج بالحقن وهى ليست سريعة مثل علاج البلهارسيا المثانية

﴿ الخلاصة ﴾

(١) يجب اعطاء حقن الطرطير يوماً بعد يوم والمقدار لا يمكن تحديده فى كل الاحوال بل يتبع المرض ودرجته

يجب اعطاء حقن الامتين يوماً بعد يوم لغاية خمس عشرة قمحة وفى كل يوم قمحة تحت الجلد أو بالحقن فى الوريد والمقدار هنا أيضاً لا يمكن تحديده وهو على الاقل خمس عشرة قمحة وقد فحصت بعد اعطاء ذلك المقدار براز حالات منها فوجدتها خالية من الاميبا

(٣) استئصال الاورام العنقودية البلهارسية (Pedunculated Papillomata) بالمستقيم وكل ما يمكن الوصول اليه بعملية الجراحة بطريقة الربط والاستئصال

(٤) يمكن عمل كى موضعى فى الحالات البسيطة خصوصاً الاورام الصغيرة الغير عنقودية الشكل (Sessile papillomata) المصحوبة بسقوط بالمستقيم

(٥) يمكن عمل عمليـة استئصال جزء من المستقيم على طريقة حضرتى الجراحين ابراهيم بك فهمى والمستر دلبى فى الأحوال التى عيناها أى الاحوال التى لا تصل فيها الأورام البلهارسية الى القولون الحوضى والنازل والمستعرض

الانسولين

معربة باختصار من السنوية الطبية **Med. Annual**

كثرت الكتابة عن الانسولين ولكن معظم ما يكتب تكرار ممل لما كتب من قبل وللآن لم ترينا التجارب كيف يحدث الانسولين مفعوله ولا يمكن أن يقال أن استعمال الانسولين يقوم مقام التفاعل الطبيعى الذى يحدث فى الجسم السليم اذ أنه من المؤكد أن مريض البول السكرى الذى يعالج بالانسولين يختلف فى عدة أشـياء عن الشخص السليم فـكل من استعمل الانسولين يعلم أنه يحدث تأثيراً عجيباً فى الحالات المناسبة . وفى حالات السكر الغير مصحوبة بمضـاعفات يسترد المريض جزءاً من صحته وقوته وفى حالات الاغماء السكرى تظهر فائدة الانسولين اذا استعمل فى الحال أو لم يكن الاغماء مصحوباً بمضاعفات خطيرة

تأثير الامراض المعدية على المعالجة بالانسولين — ان مفعول الانسولين المفيـد يتأثر كثيراً اذا أصيب المريض أثناء العلاج بأى مرض معد حتى ان أصابته ببرد خفيف ربما أخلت بتوازن قابلية الجسم للسكر فيصبح مقـدار الانسولين الذى يعطى للمريض غير كاف لنفس مقدار السكر المستعمل وهذه الملاحظة مهمة جداً لكل من يعالج مريضـاً بالانسولين فاذا لم يكن الطبيب

المعالج فى يقظة فربما حدث للمريض اغماء سكرى مع أنه تحت العلاج بالانسولين ولقد دلت التجارب على أنه يقل تعرض المريض للخطر بالمعالجة بالانسولين فى الصيف عنه فى الشتاء وذلك لأن المريض يكون أقل تعرضاً للبرد والانفلونزا التى تكثر فى فصل الشتاء فاذا أصيب المريض أثناء العلاج بأى مضاعفات أو مرض معد وجب زيادة كمية الانسولين المعطاة له

وانه لمن المهم أن تنظم التغذية أثناء اعطاء الانسولين كما يتضح من حالة وصفها ماكلين وهى أن مريضاً كان يعطى ٢٠ وحدة انسولين مرتين فى اليوم وكان يعطى غذاء معيناً بحيث كانت تلك الكمية تكفى لعدم ظهور سكر فى البول ولكن المريض كان يأكل خفيـة أكثر من المقرر له حتى أنه أصيب باغماء سكرى ولم يفق الا باعطائه ٢٠٠ وحدة انسولين

استعمال الانسولين عند جميع الاطباء — هل يمكن الآن أن يستعمل كل طبيب الانسولين خارج المستشفيات بدون خطر ؟ ان مسألة اعطاء الانسولين للمرضى فى المستشفيات فقط ليست ذات أهميـة الآن والخوف من اعطـاء مقدار أكثر من الضرورى قد زال ولو أنه طبعاً يكون العلاج فى المستشفيات اسهل من جهة تنظيم الغذاء بحيث يتفق مع مقدار الانسولين الذى يعطى للمريض

كيف توفق بين مقدار الغذاء ومقدار الانسولين

أن الهدف المطلوب الوصول اليه هو اعطاء المريض غذاء كافيا مع اعطائه مقداراً من الانسولين يكفى لاستعمال هذا الغذاء . ويمكن رفع كل خطر من استعمال الانسولين بمقدار أكثر من الضرورى بأن يبدأ باعطاء مقادير صغيرة وزيادتها وهذه هى الطريقة الوحيـدة المأمونة لاستعمال الانسولين للمرضى خارج المستشفيات (ماكلين) ولكن اذا بدىء باستعمال مقادير كبيرة فربما تحسنت حالة المريض فى الاسبوع الاول أو الثانى ثم لا تلبث أن تظهر علامات الاكثار من الانسولين

الانسولين وازدياد القابلية لاحتمال السكر

كان يؤمل أن استعمال الانسولين يزيد قابليـة الجسم لاحتمال السكر لبعض المصابين بالبول السكرى ولكن التجارب قد دلت للآن على أن ذلك لا يحصل وحقيقة أنه فى الاسبوع الاول والثـانى من بدء العلاج يظهر أن قابلية المريض لاحتمال السكر قد زادت بدليل أنه يمكن انقاص مقدار الانسولين المستعمل مع عدم ظهور سكر فى البول ولكن ما هذا الامن بقايا البنكرياس السليمـة التى ابتدأت تعمل تحت ظروف أحسن وأما ما عدا هذا التحسن المبدئى فانه لا يوجد أى دليل على ازدياد قابلية الجسم لتحمل السكر أو أن الانسولين يمكنه أن يعيد للبنكرياس وظيفته المفقودة ولقد قال نيوبر (لا يوجد فى الوقت الحاضر من يقول بأن الأنسولين يزيد قابليـة الجسم لتحمل السكر) ويحتمل كما يقول بلوم أن جزيرات لانجرهانز ربما تجددت اذا كان المريض طفلا وكان البدء بالعلاج مبكراً .

متى يستعمل الانسولين

فتز ومرفى يقولان أنه على العموم يجب اعطاء الانسولين للاطفال والبالغين لغاية سن الاربعين ولحالات الاغماء السكرى وللحالات التى تضاعف بمرض يجعل الجسم أقل قابليـة لاحتمال السكر وللحالات التى لا بد لها من عملية وللحالات التى يصبح فيها المريض لا يحتمل غذاء كافيا لحياته بدون ظهور السكر فى البول

فعلى كل حال يكون الانسولين غير ضرورى فى حالات عديدة من المصابين بالبول السكرى عند الكبار حيث لا توجد مضاعفات وحيث يمكن المريض أن يتعاطى غذاء محدوداً كافياً لحياته ولكن من الممكن اعطاء هؤلاء المرضى مقادير صغيرة من الانسولين اذا رغبوا فى ذلك ولو أنه ربما يكون سبباً لتماديهم فى الغذاء واهمالهم الغذاء المقرر لهم

واعتقاد الجمهور فى أنه اذا ابتدأ العلاج بالانسولين يجب أن يستمر فيه طول الحياة اعتقاد حقيقى فى غالب الاحوال وبلوم يعتقد أنه اذا أوقفت علاج بالانسولين فى الاحوال الشديدة فان هذا مدعاة لظهور الحموضة فى الدم ولكن فى الاحوال الخفيفة لا يوجد ضرر من ايقاف الانسولين

علاج الاغماء السكرى بالانسولين — انك لتجد فى كل كتابة عن الانسولين اشارة الى حالات اغماء سكرى شفيت باستعمال الانسولين ويمكن أن يقال أنه اذا استعمل بدون ابطاء ولم توجد مضاعفات فان المريض يفيق من الاغماء والمقدار الذى يعطى ٢٠ الى ٤٠ وحدة ثم تكرر بعد ساعة اذا لم يفق المريض

وغالباً يعطى سكر مع الانسولين على زعم أن ذلك يحدث تفاعلا هدميا شديدا يحرق كل المواد الكيتونية الموجودة فى الدم ولكن استعمال السكر غير ضرورى اذ أنه يوجد فى أعضاء المريض كمية كبيرة من السكر . ويعلق فوستر أهمية على اعطاء كميه كبيرة من السوائل لعدم وجود مقدار كاف منها فى جسم المريض بالبول السكرى

وعلى العموم توجد فائدة واحدة لاعطاء المريض سكراً وهو تحت العلاج بالانسولين وهى ضمان وجود مقدار كبير من السكر فى جسم المريض فى حالة ما اذا كانت كمية الانسولين المعطاة كبيرة ولقد حدث فى بعض الاحيان أن أفاق المريض من اغماء سكرى ليقع فى حالة اغماء أخرى ناتجة من اعطاء مقدار كبير من الانسولين

فى الاعراض الناشئة من اعطاء مقدار من الانسولين أزيد من الضرورى

فى مبدأ استعمال الانسولين ظهرت على كثير من المرضى أعراض مختلفة ناشئة من استعمال مقدار كبير من الانسولين وذلك لهبوط كمية السكر فى الدم ولكن تلك الاعراض أصبحت قليلة جداً الآن

فى طريقة استعمال الانسولين — أجرى ونتر عدة تجارب على الارانب أورت أن الانسولين الكؤلى كان يخفض السكر فى الدم عند اعطائه من الفم ولكن هريش لم يجد ذلك حقيقيا بالنسبة للانسان وجرين أورى أنه يمكن أن يمتص الانسولين من سطح الجلد ولكنها طريقة غير عملية وعلى كل حال فاستعمال الانسولين من الفم عديم الفائدة اذ أن عصير المعدة يتلفه

الانسولين فى الحالات الجراحيــة وغيرها — انه لمن المعلوم أن وجود سكر عنــد المريض يزيد خطر العملية ولكن استعمــال الانسولين يقلل هذا الخطر

وكثيرا ما يكون الانسولين مفيداً فى حالات حموضة الدم بعد العمليات وكذلك فى قىء الحمل

كيف يعمل الانسولين عمله — للآن لم يعلم بالضبط كيف يحدث الانسولين مفعوله ولــكن اذا أزيل البنكرياس من كلب ثم أعطى حقن انسولين فانه لا يطول عمره كثيراً اذ أنه بعــد زمن يحصل تغيير فى خليات الكبد وتزيد كمية الدهن فيها وتحصل الوفاة

وحيث أنه لا يوجد دليل على أن هذه التغييرات تحصل فى المصاب بالسكر وهو تحت المعالجة بالانسولين فانه من المحتمل أن يكون للبنكرياس افراز آخر له دخل فى تفاعلات الجسم اذ يوجد فى كل مصاب بالبول السكرى كمية من مادة البنكرياس غير مصابة تساعد الانسولين على أن يفعل مفعوله الحسن

الدكتور أمين غالى
طبيب بمستشفى السويس الاميرى

بيان اكلينيكى عن حالتين غريبتين [١]

للدكتور حسن بك شاهين

جراح أمراض الاذن والحنجرة بقصر العينى

والدكتور أوفاريل أستاذ الباثولوجيا بمدرسة الطب الملكية

أورام الفم والانف البسيطة التى يسهل تشخيصها ترى فى مصر كثيراً غير أنه توجد أورام تشخيصها ليس بالأمر الهين وتحوطه صعوبات تزداد بزمانة العاهة الناتجة أولا من عدم تقدير الأهالى لمزايا التداخل الجراحى المبكر فى الوقت المناسب وثانياً من التسليم للقضاء والقدر والرضاء بهما

الحالتان الموصوفتان بعد لهما أهمية اكلينيكية من حيث أن تشخيصهما لم يكن سهلا وأن وجودهما نادر



(شكل ١)

(١) رضيع عمره شهران أدخل المستشفى يشكو من ورم فى سقف فمه كان يمنعه الرضاعة ومن البحث ظهر أن هذا الورم النامى الذى يملأ الفم تقريباً بدأ فى جهة الحنك الصلب من اليمين وامتد من وسط حافة الدُّرْدُر اليمنى حتى وسط الحنك وقد وصل من قُدُمٍ

(١) نقلا عن مجلة Laryngology

لحافة الدردر الأماميـة ومن خلف لملتقى الحنك الصلب بالحنك الرخو . وكان الورم ليناً رخواً سطحه أبيض متقرح وربما كان التقرح من احتكاك اللسان أثناء الرضاعة (شكل ١)

استئصل الورم بعملية جراحية والتأم الجرح بدون عائق وأظهر البحث الميكروسكوبى أن الورم سببه التهابى وليس مجرد نماء ولم يكن التقرح سطحياً من عدوى بل ظهر أن معظم جرم النمو مركب من نسيـج حبوبى ولم يسفر البحث الدقيق عن وجود بذور طعيلية أو ميسيليوم



(شكل ٢)

(٢) بنت فى السادسة من عمرها أدخلت المستشفى بورم اسفنجى عفن فى حجم اللوزة شغل أرنبة الأنف وجانبيه . ولم توجد غدد ليمفية متضخمة سوى عقـدة بحجم الفولة تحت الجلد من الشدق الايمن وتبعد عن الورم الأصلى بسنتيمترين (شكل ٢)

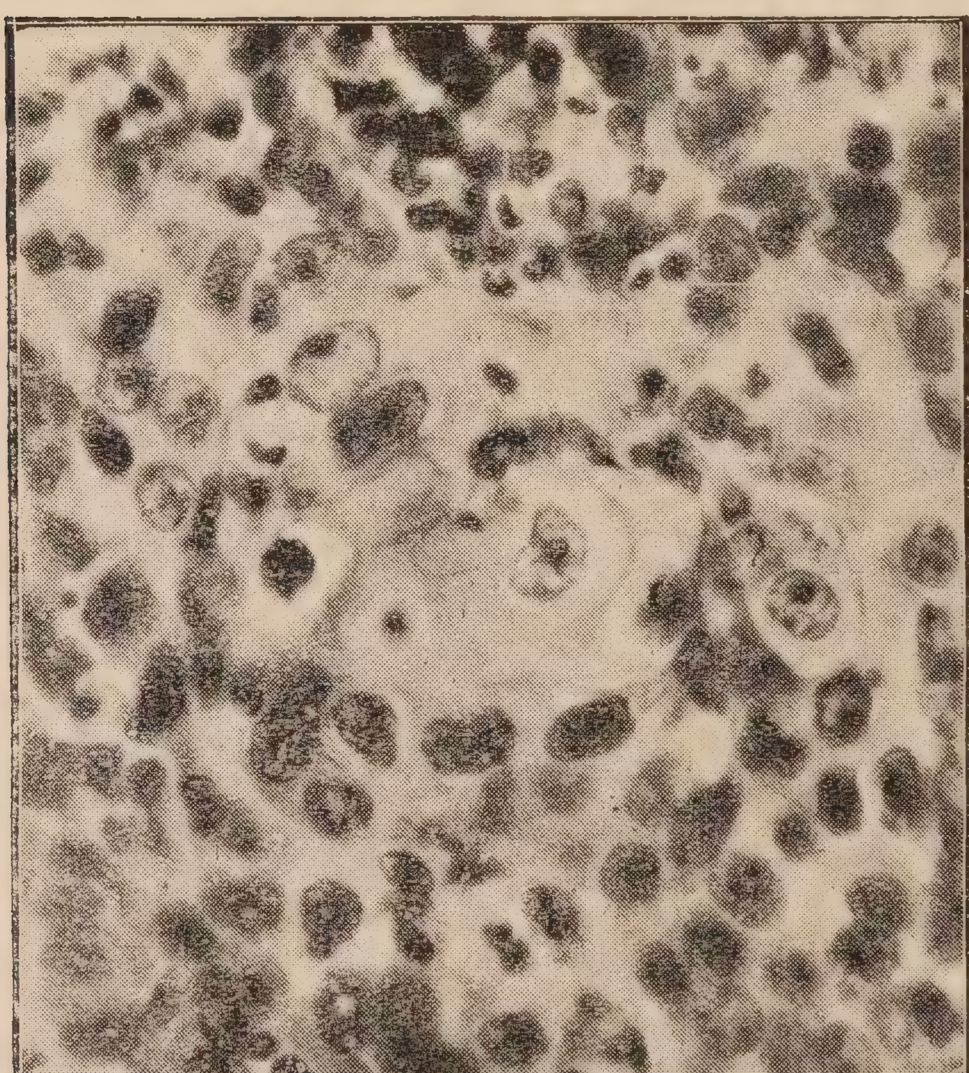
وأظهر تاريخ المرض أنه بدأ منذ أربعـة شهور بشكل حلمة صغيرة أخذت فى الازدياد بدون ألم أو ادماء وقد حاولوا فى قريتها ازالة الورم بالـكى ولـكن الورم عاد ينمو من جديد

وذكرت الأم التى كانت متمتعـة بصحة طيبة أن الأب كان أصم أخرس ومات أخوه وهو فى التاسعة عشر من ورم فى الجانب الأيسر للوجه وماتت

أختـه بورم فى فروة الرأس وذكرت الأم فوق ذلك أن الأخت الـكبرى المريضة ماتت من ورم فى الوجه شبيه بالورم الحالى . والمريضة أخ وأختان على قيد الحياة وفى صحة جيدة وقد استأصلت الورمين مع جزء كبير من الجلد المجاور

وظهر أن الورم الأنفى أصاب غضروف الأنف وقد تعسر رم حروف الجرح لسعة الجلد المستأصل ولـكن الجرح التأم بأزرار لحمية وقد أظهر البحث فى وسط الورم خزاماً من نحاس تـكون الورم حوله حتى أخفاه تماماً ولم يعثر عليه الا بالشق

وقد دل البحث الميكروسكوبى على أن النماء من نوع حلمى فى سطحه قروح وأن به كرسينوم خلياته قشرية



الصورة الباثولوجية لشكل (٢)

كذلك العقدة التى أخرجت من جلد الشدق أظهرت خواص الـكرسينوم ذي الخليات القشرية

وهذه الحالة مهمة لسببين (١) صغر المريضة (٢) والتاريخ العائلى ولا يفوتنك أن هذا التاريخ مرجعه الوحيد ما ذكرته الأم ولم تؤيده بيانات اكلينيكية أو پاتولوجية

ومع كل يصح لنا أن نجعل للتهيج الحاصل من الخزام والعدوى بالبكتيريا ولما فى العائلة من سليقة واستعداد لنمو أورام نصيباً فى ظهور هذا السرطان

وانا نقدم الشكر للدكتور سرور مساعد أستاذ الباثولوجيا بالمدرسة لما قدمه لنا من مساعدة

تطور الأفكار

بالنسبة لأسباب المرض العقلى وعلاجه

للدكتور محمد كامل الخولى

الطبيب بمستشفى الامراض العقلية بالعباسية

(٢)

لكن لا يصح فى هذا العصر العلمى الوقوف عند حد القول بأن العامل الوراثى أو الخلقى هو أهم مسبب للمرض العقلى بل الواجب محاولة تحديد هذا العامل والبحث عن العناصر المكونة له عل هذا يوصلنا الى ايجاد أساس مادى لهذا المرض ولقد أدى بعض المشاهدات الاكلينيكية على المصابين بنقص عقلى خلقى بالباحثين الى توجيه عنايتهم الى الغدد ذوات الافرازات الداخلية ومحاولة معرفة وظائفها وقد زاد فى اهتمامهم بتلك الغدد ما يظهر على المصابين بمرض واحدة أو أكثر منها من الاعراض العقلية . فأجريت أبحاث كثيرة جداً على تلك الغدد من وجهات مختلفة ليس فى الامكان سردها هنا حتى ولا تلخيصها خصوصاً وأن التنقيب لم ينته بعد ولم تعرف بعد طبيعة أكثر الجواهر النقالة (Active principles) لتلك الغدد المختلفة ولكن من المناسب ذكر ما يهم موضوعنا من النتائج التى ظهرت للآن . فقد أثبت

البحث الصلة الوثيقة بين تلك الغـدد العديمة القنوات وبين الجهاز العصبى الشبه مستقل عن الارادة أو اللاوعيى (Autonomic or Vegetative Nervous system) لدرجة أنهما الآن معتبران جزئين من جهاز واحد هو فى بعض الحيوانات الصغيرة الاداة الوحيدة لايجاد الاتصال بين أجزاء الجسم المختلفة ولـكنه فى حيوانات الطبقات العليا وفى الانسان ضلف الى حد ما أو شورك فى وظيفته بجهاز آخر هو الجهاز العصبى المركزى (Central nervous system) وأثبت البحث من جهة أخرى صلة الجهاز اللاوعيى بالعقد القاعدية (Basal ganglia) وبالمنطقة الواقعة تحت السرير البصرى (Hypothalamic region) بحيث أن هـذه الاجزاء من المخ معتبرة الآن المركز الرئيسى لذاك الجهـاز الاصلى العتيق . فاذا لاحظنا أن تلك العقد القاعدية هى جزء مهم من الجهاز العصبى وأنها متصلة اتصالا تاماً بالقشرة المخية الـكثيرة الاتساع فى الانسان والتى تفرقه عن غيره من الحيوانات باعتبارها مركز التعقل والتفكير لادركنا أهمية كل هذه الأجزاء من الجسم خصوصاً من وجهة المرض العقلى وضرورة فحصها ومعرفة تركيبها ووظيفة كل منها وتأثيره على غيره وعلى بقية أجزاء الجسم

وقد ظهر من التجارب والابحاث العديدة التى أجريت على الغدد العديمة القنوات أن لـكل منها افرازاً داخلياً يصل الدورة الدموية مباشرة وبذلك ينتشر فى جميع أنحاء الجسم ويؤثر على بعض أجزائه كما يؤثر على بعض أو كل الغدد الاخرى اما بتحريكها لزيادة افرازها أو بمنعها من القيام بوظيفتها وهذه الخاصية الأخيرة تبين العلاقة المعقدة بين تلك الغدد وتجعل الباحثين يحذرون نسبة أى أعراض مرضية الى اضطراب فى وظيفة غدة واحدة معينة بل أن هذا أصبح أمراً مستحيلا بفضل معلوماتنا الحديثة والمعقول أن يشمل الاضطراب غدتين فأكثر . ومع ذلك توصـل الباحثون الى معرفة الـكثير من وظائف تلك الغدد والى فصل وتسمية جواهر بعضها الفعالة وحتى

الى قرن بعضها ببعض الغرائز (Instincts) واعتبـارها الاسس المادية أو الجسمية لها مع ما فى ذلك القرن من بعض الحدس والتخمين . وقد ثبت أن للفص الأمامى من الغدة النخاميـة (Pituitay Gland or Hypophysis) تأثيراً كبيراً على نمو الهيكل العظمى خصوصاً العظام الطويلة وأيضاً على الأنسجة الجسمية السائدة (Supporting tissues) وكذلك على تكوين المفكرة ونشاطها باستمرار ولذا قد قرن بغريزة الرغبة فى الاستقصاء والمعرفة (Jnstinct of curiosity) . أما الفص الخلفى من نفس الغدة فقـد عرف أنه يفرز جوهراً فعالا سمى البتيوترين (Pituitarin) يزيد نشاط العضل المستقل عن الارادة بما فيه عضل الرحم كما يزيد نشاط الخلايا العصبية وما ينتج عنه من نشاط الخيال (Imagination) ولذلك يقرن هذا الجزء بالميل للفنون الجميلة والآداب كما يقرن بغريزة الامومة (Maternal Instinct) والغريزة الاجتماعية (Social instinct) كذلك أمكن فصل الجوهر الفعال للغدة الدرقية (Thyroid gland) فسمى الثيركسين (Thyroxin) وثبت أنه أكبر محرك معروف للتغييرات الحيوية (Metabolic changes) فى الجسم وخصوصاً لنمو الجهازين العصبى والتناسلى كما أنه منبه للاحساس . اما الغدة فوق الكلية (Suprarenal gland) فقد لوحظ أن حجم الجزء العشرى منها يختلف فى الحيوانات وخصوصاً الذكور منها باختلاف شدة الغريزتين الجنسية والعراكية (Iustincts of sex & combat) وبالاخص الاخيرة ولذا هو يقرن بها . كما لوحظ أن هذا الجزء يمون الانسجة العصبيـة بمواد دهنية لازمة لتكوينها بحيث أن عدم وجوده ينتج الآدمى عجيب الخلقة عديم المخ (Anencephalic Monster) . وقد عرف الجوهر الفعـال للجزء النخاعى من نفس الغدة وهو الادرينالين (Adrenalin) المنبـه للجزء السمبثاوى (Sympathetic) من الجهاز اللاوعيى وعلى ذلك تعظم الفائدة فى حالة الدفاع كما هو مفصل فيما يلى . ويقرن هذا الجزء بغريزة الفرار

(Instinct of flight) أما التيموس(Thymus) والغدة السنوبرية (Pineal gland) فوظيفتهما تعهد نمو الجسم وخصوصاً العضلات فى زمن الطفولية وتأخير حلول النضوج بقدر الامكان وذلك بمنع نشاط كثير من الغدد الاخرى خصوصاً المبيضين أو الخصيتين . فاذا ما أتى سن البلوغ بدأت الاولين فى الضمور ونشطت الاخريين وأنتجت زيادة على الافرازات الخارجية المحتوية على البويضات أو الحيوانات المنوية افرازاً داخلياً يحدث المزايا والتقاطيع التى تفرق بين الذكور والاناث ولذا قرنت الخصيتان مع الجزء القشرى للغدة فوق الكلية والفص الأمامى للغدة النخامية بالغريزة الجنسية عند الذكور والمبيضان مع الجزء النخاعى للغدة فوق الكلية والفص الخلفى للغدة النخامية بها عند الاناث . أما الغدة الشبهدرقية Parathyroid) (gland فقد ظهر أن وظيفتها تنظيم استعمال أملاح الجير فى التغييرات الحيوية بحيث أن اضعافها ينتج مرض (Tetany) أما غدة البنكرياس (Pencreas) فلها علاوة على العصير الخارجى المساعد على الهضم افرازداخلى ذو جوهر فعال سمى الانسولين (Insuline) يلعب دوراً مهماً فى العمليات الحيوية المتعلقة بالانتفاع بالمواد النشوية بعد تحويلها بالهضم الى سكر عنب . وقد عرف أن الاضطراب فى افراز هذا الجوهر قدينتج مرض البول السكرى

هذه بعض النتائج التى حصل عليها الباحثون من هذه الوجهة ومن الواجب هنا تحذير الزملاء من اعتبارها نهائية بل هى ككل رأى علمى آخر قابلة للتعديل طبقاً لما يستجد فى المستقبل من الاكتشافات . وقد أجريت أبحاث على تلك الغدد من وجهة نظر أخرى لمعرفة ان كان للانفعالات أثر حالى ظاهر فى الجسم زيادة على الأثر النفسى . فثبت وجود هذا الأثر المادى من التجارب العملية التى قام باجرائها كنن (Cannon) الامريكى حيث وجد أن انفعال الخوف مثلا فى الحيوانات ينتج زيادة فى افراز الادرينالين بواسطة الجزء

النخاعى من الغدة فوق الكلية وازدياد نسبة ذلك الجوهر فى الدم كما اكتشف نفس الباحث حكمة تلك الزيادة وهى أنها تزيد من قابلية الدم للتجمد أو التخثر (Coagulability) وتقلل من قابلية العضلات للاعياء (fotigue) وأنها فى الوقت نفسه تحرك الجزء السمباتوى من الجهاز اللاوعيى فيحدث هذا زيادة فى سرعة ضربات القلب وقوتها وسرعة نوبات التنفس وارتفاعاً فى ضغط الدم مصحوباً بانبساط الاوعية الدموية للعضلات مع انقباض فى جميع الاوعية الاخرى خصوصاً البطنية ويحدث أيضاً ازدياداً فى نسبة السكر فى الدم وانتصابا فى شعر الجسم وانبساطاً فى الحدقتين . وكل هذه الاحتياطات تضع الحيوان فى أحسن حالة من الدفاع ان لزم الحال أو تساعده على الفرار ان مكنته الظروف فاذا تذكرنا أن الاهبة لاتخاذ هذه الوسائل الدفاعية لابد أنها حصلت نتيجة رسالة عصبية وصلت المخ من طريق العين مثلا التى رأت بوادر الخطر فصدرت من هناك رسالة أخرى بواسطة العقد القاعدية والجهاز اللاوعيى الى الغدة فوق الكلية فحركتها للافراز — اذا تذكرنا ذلك لكان هذا المثال دليلا قاطعاً على أن الاحوال النفسية التى تظهر فى المخ (وهو الجزء المهم من الجهاز العصبى المركزى) تحدث أثرها البليغ فى العصب اللاوعيى والغدد العديمة القنوات أى فى ذلك الجهاز الكيمى (Chemical) القديم وأن للانفعالات أساساً مادياً فى الجسم . وبالعكس رأينا من النتائج المدونة آنفاً الوظائف الهامة التى يقوم بها ذلك الجهاز للجسم ورأينا العلاقة التشريحية الوثيقة بينه وبين الجهاز العصبى المركزى فمن المعقول أن أى اضطراب أو تغير مرضى فيه (سواء اكان هذا الاضطراب فى الغدد أم فى الاحشاء المتصل بها الجهاز اللاوعيى) يحدث رد فعل فى الجهاز المركزى فيؤثر على الحالة العقلية للانسان

وهذا هو الاتجاه الذى يأخذه البحث فى الوقت الحاضر عن أسباب كثير من الامراض خصوصاً الامراض العصبية والعقلية . ومع أنه حصل تقدم

عظيم فى القرن الحالى فى هذا الباب فان مجال البحث ما زال عظيما للمزيد من المعلومات عن الافرازات الداخلية فى الجسم وتركيبها ونسبة كل منها فى الشخص العادى فى أوقات مختلفة من حياته وتأثير العوامل النفسية والمادية عليها . فانه بعد وقوفنا على أهميتها فى تكوين وانماء أجزاء الجسم المختلفة بما فيها الجهاز العصبى وفى التغييرات الحيوية لا يمكن الا أن يكون لاضطراب فى توازنها النسبى فى مولود جديد أثر بليغ فى حياته المستقبلة من وجهة حالته الجسمية أو العقلية أو الاثنتين معاً . كما أنه من المعقول أن يترك اضطراب فى هذا التوازن نتج من عوامل نفسية أو مادية فى الصغر أو الكبر أثراً محسوساً فى المصاب أو ربما فى ذريته . وهذه الملاحظة الاخيرة تجعلنا نفهم معنى جديداً لعامل الوراثة . فليس من اللازم أن يعنى هذا أن يطابق الطفل أحد أو كلا الوالدين فى كل شىء حتى فى المزاج العصبى بل يجوز أن يعنى أيضاً أن الشخص خلق كجنين فى ظروف شديدة على الوالدين خصوصاً الوالدة سواء أكانت تلك الظروف مرضية أم نفسية فأثرت هذه بطريق غير مباشر على الجنين الذى ربما يولد بعد ذلك بجهاز كيمى وعصبى غير متوازن أو بنقص خلقى كما يحصل أحياناً فى الاطفال الغير شرعيين .

فاهمية التوصل الى معلومات أوفى فى هذا الباب لا يمكن انكارها أو تقدير أثرها على الاجيال القادمة . أما النتيجة المباشرة للوقوف على تلك المعلومات فهى التقرب بل الالتقاء بين الفكرة النفسية والفكرة المادية عن المرض العقلى فقد أظهر علماء النفس الحديثون أهمية الغرائز فى تكييف سلوك الانسان . وأظهر البحث المادى أن لهذه الغرائز أساساً مادياً فى الجسم . وأصبحت هناك فكرة فى طريق النضوج هى أن لغير الوعى بحسب تعاليم فرويد أساساً مادياً مكوناً من الغدد العديمة القنوات والجهاز العصبى الشبه مستقل بما فيه مركزه الرئيسي الموجود فى العقد القاعدية ومضافاً اليه الاعضاء المتصل بها ومنها

الاحشاء جميعها . وأيضاً أن للرقيب والوعى أساساً هو الجزء الاعظم من القشرة المخية الذى فضل الله به الانسان على الحيوانات وجعله يرضى غرائزه الى درجة لا تتعارض مع الاخلاق والعادات الاجتماعية . وهذا الجزء من المخ هو أحدث وأرقى درجة فى سلم ارتقاء الجهاز العصبى على ممر الأزمنة وعلى ذلك هو المتسلط الى حد كبير على الطبقات الأدنى منه من ذاك الجهاز وأهمها العقد القاعدية وما يتبعها أى على الانفعالات والغرائز وهو اذاً الموفق بين ارضاء الشهوات والرغبات وبين الوسط المحيط بالانسان من عادات مرعية وقوانين متبعة فاذا لم يقم بوظيفته لسبب ما ارتفعت سلطته المقيدة عن الطبقات الاوطأ منه فتعمل هذه باستقلال لم تتعوده غير منقادة لشيء سوى ارضاء رغباتها مهما تعارض هذا الارضاء مع الوسط الاجتماعى . ومن هنا نتجت الفكرة المادية الحديثة عن المرض العقلى وهى محاولة تفسيره على أساس تشريحى مثل الامراض العصبية العادية واعتباره ناشئاً عن تسلط المستوى الانفعالى الغريزى بانظمته على مستوى القشرة المخية الارقى منه مع حصول شذوذ مرضى فى تلك الانظمة . وهذه الفكرة الجديدة جعلت علماء تعرف الامراض ينبذون الرأى العتيق الذى سمى بعض أنواع الامراض العقلية والعصبية « وظيفية » بدعوى أنها غير مصحوبة بتغيير مرضى مع أنه من المستحيل منطقياً حدوث اضطراب فى وظيفة أى عضو دون أن يكون هذا مصحوباً بتغيير مرضى سواء أكان هذا كيمياً أى فى العمليات الحيوية أم تشريحياً أى فى التركيب أو فى الاثنين معاً وهو المرجح . ولهذا بدأ البحث بدقة على المتوفين بالمرض العقلى فتكللت مجهودات الباحثين بكثير من النجاح . وقد سبق غيره فى هذا الباب فى السنوات الاخيرة سير فيردريك مت (Sir Frederick Mott) العالم الانجليزى فاكتشف بالاخص فى نوع الجنون المسمى العته المبكر تغييرات مرضية في القشرة المخية خصوصاً وفى الجهاز العصبي عموما ثم فى كثير

من الغدد العديمة القنوات مثل الخصية (أو المبيض) والغدة فوق الـكلية والغدة النخاعيـة والغدة الدرقية تشير الى اضمحلال فى وظيفة تلك الغدد بسبب عجز أو كلال أتى قبل الأوان . وهذه النتائج تتفق مع كثير من مظاهر هذا النوع من المرض العقلى مثل انخفاض الدم ومثل الجمود . وهى أيضاً — اذا قرناها بشذوذ هؤلاء المرضى بشكل بارز — تبين أهمية تلك الغدد كأحدى العناصر المهمة المـكونة لعامل الوراثة .

وقد أدى اكتشاف تلك التغييرات المرضـية الى الظن بوجود علامات تدل عليهـا فى حالة الحياة بما فيها الاضطراب فى العمليات الحيوية وقد برزت الابحاث التى أجريت حديثاً وما زالت تجرى هذا الظن . فمثلا باجراء تفاعل جويتش (Goetsch Reaction) على حالات جنون المراهقة ظهر أنه سلبى فيها جميعاً تقريباً وهذا دليل على نقص فى افراز الادرينالين داخل الجسم . كذلك باجراء تقدير للاوكسجين اللازم للقيام بالعمليات الضرورية للحياة عند الراحة التامة والامتناع عن الغذاء (Basal Metabolism) ظهر أن الـكمية اللازمة فى أغلب حالات نفس المرض هى أقل من العادى بنسبة متوسطها ٢٠ ٪ . كذلك أثبتت التجارب التى عملت حديثاً لتقدير نسبة السكر فى الدم فى أحوال معينة على حالات مصابة بأنواع مختلفة من الجنون أن هناك اضطرابا فى العمليات الحيوية العامة فى أجسام هؤلاء المرضى أعظم مما يظن لأول وهلة . وان ذلك الاضطراب يكون شديداً بنوع خاص فى الحالات المصحوبة بالذهول (Confusion) أو الحزن (Melancholia)

هذه الاكتشافات الحديثة كلها تبين لنا الصلة الوثيقة بين العمليات الحيوية فى الجسم والجهاز اللاوعيى بما يتبعه من الغدد العديمة القنوات . وبين هذه والحالة العقلية للانسـان . وهى تشير الى أهمية وجود جهاز لاوعيى قوى متوازن فى تكوينه الخاتى لـكى يبقى عقله سليما . والى أن وجود ضعف تكوينى

فى ذلك الجهاز ينتهى عاجلا أو آجلا وبمساعدة عوامل أخرى بالمرض العقلى فاذا كان ذلك الضعف شديداً بدأ الاضمحلال العقلى عند الشخص من مولده فينتج البله أو البلاهة (Idiocy) أو بعد سن السنتين فينتج السفه (Imbecility) أو بعد سن الثمانية فيحدث السخافة (Weak mindedness) وقد لا يكون ذلك الضعف شديداً فيحدث — عند ما لم يعد فى الامكان قيام ذلك الجهاز بوظيفته — الانواع المختلفة مما يسمى المرض العقلى الوظيفى من سن البلوغ الى الممات مثل جنون المراهقة والجنون الوهمى المزمن وجنون السرور والحزن (Manic-Depressive Insanity) وجنون الشيخوخة (Senile insanity)

ذلك الاستعداد الخلقى هو اذاً السبب المهيىء لحدوث المرض العقلى تساعده عوامل أخرى ثانوية يظنها كثير من الناس وخصوصاً العامة المسببة للمرض مع أنها فى الواقع ليست الا أسباباً محركة أو مباشرة . ويمكن تقسيم هذه الى نفسية ومادية . الاولى تنتج من صعوبات يلاقيها الشخص فى حياته فتسبب له القلق أو تحدث عنده صدمات عصبية مثل الرعب أو الكدر ينسب اليها ما يعتريه بعد حصولها من مرض عقلى أو عصبى وظيفى . مع أن كثيراً من تلك الاحوال العصبية كالقلق مثلا ربما وجد عند المريض بدون مبرر يذكر . ومع أنه بالتدقيق فى السؤال والاستقصاء ربما توصل الباحث الى اثبات أنها علامات على بدء المرض بدل أن تكون مسببة له

أما الاسباب المحركة المادية فكثيرة أحدها التسمم المستمر الناتج من تعفن مزمن (Chronic sepsis) وقد أثبت كثيرون من الباحثين خصوصاً شالمرز وطسن (Chalmers Watson) فى انجلترا وهنرى كتن (Henry Cotton) فى أمريكا أهمية هذا العامل فى احداث المرض العقلى . وأظهر هذا الباحث الاخير أنه باستئصال كل بؤرات الفساد والتعفن فى الاسنان واللوزتين والمعدة والامعاء والمجارى البولية والاعضاء التناسلية وغيرها اما باستعمال الأدوية

أو المصل أو بالطرق الجراحية يمكن رفع نسبة الشفاء من المرض العقلى الوظيفى من ٣٨ ٪ الى ٨٧ ٪ وهى نتيجة طيبة لو ثبتت صحتها بواسطة باحثين آخرين لشاع استعمال الطرق الموصلة لها فى أقرب آن

ومن الاسباب الأخرى المحركة للمرض العقلى الامراض المضعفة للجسم التى أضع بينها مرض البلاجرا الشائع فى بلادنا . ولقد لفت النظر كثرة المصابين بهذا المرض فى الارياف وصغر نسبة المصابين منهم بالمرض العقلى . فراقت لدى فكرة اجراء بحث فى الوقت المناسب لمعرفة نصيب البلاجرا فى احداث المرض العقلى فانتهزت فرصة وجودى فى انجلترا سنة ١٩٢٣ وأجريت تحت ارشاد أستاذى سير فردريك مت بحثاً على الجهاز العصبى والغدد ذوات الافرازات الداخلية لحالتين مصابتين بالبلاجرا توفيتا بمستشفى العباسية . وقد ثبت منه أن التغييرات المرضية فى أجزاء الحالتين تشابه بل تطابق التغييرات التى تحدث فيها فى المصابين بجنون المراهقة . وهذا يشير الى أن مرض البلاجرا هو فقط عامل مضعف للجسم ومحرك لاستعداد خلقى سابق . ولكن كان من غير الصواب الجزم بصحة مثل هذا الرأى بعد بحث ناقص كهذا . وقد كان فى عزمى أن أواصل البحث هنا فى نفس الموضوع وأقارن التغييرات المرضية فى حالات أخرى مصابة بالبلاجرا والمرض العقلى بالتغييرات فى مصابين بالبلاجرا دون المرض العقلى . ولكن للاسف لم اتمكن من تنفيذ تصميمى لاسباب لامحل لذكرها خارجة عن دائرة رغبتى وارادتى

أما الكحول وغيره من الجواهر المخدرة بما فيها الحشيش والافيون والكوكايين فينسب اليها تأثير كبير فى احداث المرض . ومع أنه لا ينكر أن واحداً أو أكثر من هذه الجواهر يدخل كعامل فى احداث بعض أنواع المرض العقلى وخصوصاً فى الاشكال الاكلينيكية التى تتخذها فانه يلاحظ فى كثير من الحالات أن الانعكاف على هذه المخدرات لم يأخذ شكلا جدياً أصلا وأنه انما كان أحد الشواهد على بدء المرض فيها بدليل عدم وجود أى

أثر للمخدر فى صورتها الاكلينيكية . كما يلاحظ أن تأثير المشروب الروحى مثلا على الاشخاص يختلف اختلافاً بيناً فقد يصح أن يتعاطى إنسان الكحول طول حياته دون أن يصاب بمرض عقلى وقد يستعمله آخر شهراً أو أقل ومع ذلك يصاب بالمرض أضف الى ذلك أن الادمان على الخمر أو المخدرات ليس نتيجة لازمة للبدء بتعاطيها بل أنه يحصل بالاكثر من أناس مخصوصين ذوى مزاج عصبى . وهذه الاعتبارات جميعها تجعلنا نحذر نسبة المرض العقلى بسهولة الى تعاطى المخدرات بمجرد ذكر ذلك لنا عن مريض . وتجعلنا نوقن مرة أخرى بوجود عامل خلقى عند المصاب أدى الى ادمانه على المخدرات ثم الى حدوث المرض العقلى عنده

أما الزهرى كعامل مادى محرك فله تأثير معروف على العقل يظهر بالاكثر فى صورة أكلينيكية مخصوصة هى الشلل العام الجنونى (General Parlysis of the insane) لا تدخل تحت الامراض العقليه الوظيفيـة بل تنتج من تغييرات مرضية معينة لا محل للاطالة فى سردها هنا

يستنتج من كل ما ذكر آنفاً أن الفكرة الحديثة عن المرض العقلى تتلخص فى أنه ناشئ عن سبب مهيئ (لا يمكن أن يحسب الا مادياً) هو الاستعداد الخلقى مضافاً اليه عوامل ثانوية نفسية ومادية كأسباب محركة للمرض

﴿ علاج المرض العقلى ﴾

والآن نوجه التفاتنـا الى مسئلة العلاج . وهذه تبدو لأول وهلة غير باعثة على كثرة الامل بسبب قلة معلوماتنا عن العناصر المكونة للعامل الوراثى ولكن يخفف من وقع هذه الحقيقة أن الابحاث فى هذا الباب تتقدم بسرعة كافية وأننا نأمل يوماً ما أن نقف على طبيعة الجواهر الفعالة للافرازات الداخلية وعلى وظائفها الحقيقية ثم على الاسباب والانظمة الدقيقة التى تسبب المرض العقلى . فعند ذلك يمكننا أن نعرف كيف نعالجه بل كيف نتغلب

عليـه ونمنع حصوله ولـكن هذا لا يعنى أننا فى الوقت نفسه نقف مكتوفى الايدى تجاه هذا المرض بل يجب أن نـكافحه باستمرار وبقـدر ما تمـكننا معلوماتنا وتجاربنا المتزايدة كما يكافح الاخصائيون الآخرون أغلب الامراض الاخرى مع وجود علاج حاسم لها

ولقد سمعت الجمعيـة منذ أشهر من الاستاذ بلادجود كثيراً مما يثبت أهمية الوقاية والعلاج المبكر فى الامراض الجراحية . وكثيراً مما قاله ينطبق على المرض العقلى فالوقاية منه لا تقل أهميـة عن الوقاية من الامراض الاخرى انما لتلك معنى خاص يختلف بعض الاختلاف عن هذه . فبسبب أن للعامل الخلقى دخلا كبيراً فى احداث المرض يجب أن تبدأ الوقاية منه من بدء تـكوين الجنين. ويجب بمعنى أكثر صراحة أن يكون الزوجان سليمى الجسم والعقل وأن يكون كلاهما من أصل خال من المرض العقلى أو المزاج العصبى . واذ علمنـا تأثير الانفعالات على الجسم يصح أن نضيف نصيحة أخرى وهى ايجاد الوسائل اللازمة للأم وقت الحمل لتعيش عيشة هادئة بعيدة بقدر الامكان عن الانفعال والاضطراب النفسى . هذه الاحتياطات كافية فى الغالب لأن يولد الطفل بتكوين خلقى يمكنه من احتمال المصاعب ومغالبـة الحوادث وتـكييف نفسه حسب الوسط والظروف . وقد دلت التجارب والشواهد التاريخية على عدم صحة فكرة شائعة هى أن التزاوج بين الاقربين (Consanguinity) مثل أولاد الاعمام ينتج الاضمحلال والضعف فى النسل بما فيه النقص أو المرض العقلى. بل بالعكس أنتج مثل هذا التزاوج (بل أكثر منه بين المحرمين شرعاً) بين قدماء المصريين فى عصر توت عنخ آمون ملوكا نوابغ شديدى البأس . وهذا يدل على أن لا خطر من التزاوج بين الاقربين ما دام أن كلا الطرفين من أصل سليم . هناك أيضاً فكرة ترمى الى تعقيم المصابين بمرض أو نقص عقلى حتى لا يعقبوا ذرية ضعيفـة ولـكن تطبيق هذه الفكرة غير متيسر على الاقل

فى الوقت الحاضر أولا لانها غير انسانية وثانياً لان معلوماتنا عن الوراثة بعيدة عن حد الكمال للآن فلا تبرر القيام بمشروع شديد واسع النطاق كهذا لا يمكن الحكم على نتائجه مقدما خصوصاً اذا تذكرنا أن امرأة سخيفة العقل أو مصابة بالسفه فى احدى الامم المتمدينة أعقبت ذرية كان من نسلها كثيرون من أعاظم رجال تلك الأمة . وفى النهاية ألاحظ أن الوقاية لا تقف عند حد مولد الطفل بل لا بد من تعهده بالتربية الصحيحة الى أن يبلغ سن الرشد ويكمل نضوجه الجسمى والعقلى . لانه اذا كانت التربية الحقة لا تؤثر كثيراً فى مصاب بنقص خلقى فان التربية الرديئة تحدث تأثيرها السيىء البليغ فى مستقبل آخر ولد بتكوين سليم

ويلى العلاج المبكر الوقاية فى الاهمية . وفى هذا يشارك المرض العقلى الامراض الاخرى بل أن للعلاج المبكر أهمية خاصة بالنسبة لهذا المرض اذا تذكرنا أن نجاح طرق العلاج النفسية يتوقف على مساعدة المريض وأن هذه المساعدة لا تنتظر من المرضى الا فى بدء مرضهم حينما لم يفقدوا تعقلهم وحيث لم تتعقد حالتهم بعد بأوهام ترتبت على أوهام مثلها . ولهذا نجد أن طريقة فرويد المسماة بالتحليل النفسى (Psycbo—analysis) وكذلك طريقة الايعاز (Suggestion) بما فيه التنويم المغناطيسى وطريقة الاقناع (Persuasion) ثم طريقة اعادة تنظيم الحياة الانفعالية (Re-education) كل هذه لا يمكن تطبيقها على مرضى مستشفيات الامراض العقلية بل هى تستعمل بالاكثر على المصابين بالامراض العصبية الوظيفية وبمبادىء المرض العقلى . ولقد خبرت بنفسى فائدة العلاج المبكر على أكثر من حالة خصوصاً حالة طالب بالمدارس الثانوية انقطع عن الدراسة أكثر من سنة بسبب المرض فتحسنت حالته العقلية بعد علاج بضعة أشهر لدرجة تمكن بها من امتحان شهادة الدراسة الثانوية ودخول المدارس العالية حيث هو الآن . وقد فطن

الاخصائيون فى أوربا من سنوات الى أهميه العلاج المبكر للمرض العقلى فأنشأوا عيادات مجهزة لكل المعدات الحديثة (بما فيها الجلفانومتر ذو المرآة) وجعلوها بعيدة عن مستشفيات الامراض العقلية ومتصلة بالمستشفيات العمومية بقدر الامكان حتى يقبل عليها المصابون بمبادئ المرض بدون خوف من القيل والقال . وهناك فى انجلترا لجنة تنظر فى الوسائل التشريعية اللازمة لمعالجة المصابين بمبادئ المرض وكثيرين غيرهم بدون أرسالهم الى مستشفيات الامراض العقلية وهى على وشك أصدار تقريرها . فلعل ولاة الامور هنا اذا فكروا فى اصدار قانون لحماية المصابين بالجنون أن ينظروا فى وضع نص يجيز معالجة المرضى بدون الحجر على حريتهم الشخصية لانه ثبت فائدة هذه الوسيلة فى المساعدة على الشفاء . ولعلهم أيضاً يفكرون فى ايجاد عيادات خارجية لمعالجة مبادئ المرض العقلى ملحقة بالمستشفيات العمومية لان ذلك يزيد الامل فى شفاء المصابين وفى الوقت نفسه يوفر على الحكومة مبالغ طائلة تصرف على حجز المصابين بالمرض المزمن الذين لا ينفع فيهم علاج تقريباً

كذلك أصبحت البلاد الاجنبية تعرف أهمية الطرق العلمية حتى فى معالجة المرض العقلى . فصارت مستشفياتها مجهزة بكل المعدات الحديثة لفحص المرضى ولاجراء الابحاث المختلفة اللازمة للاكثار من معلوماتنا عن ذلك المرض. وهناك فى تلك البلاد خصوصاً انجلترا والولايات المتحدة خطة انشائية تنفذ باستمرار الغرض منها ايجاد الاماكن المطلوبة للمرضى طبقاً لزيادة عدد السكان حتى لا تزدحم المستشفيات بهم فتكون النتيجة زيادة نسبة الوفيات وقلة نسبة الشفاء . كما هو الحاصل بكل أسف فى بلادنا حيث يوجد فى المستشفيين الحكوميين الوحيدين ما يفوق العدد القانونى بالمئات وحيث ما زالت وظيفة هذين قاصرة الى حد كبير على حجز المصابين بالمرض العقلى لمصلحة الامن العام

أما فيما يختص بالمشروبات الروحية والمخدرات فالفكرة الحديثة هى أنها كثيراً ما تستعمل للتقليل من حدة التصادم بين القوى العقلية المختلفة

لاشخاص عصبي المزاج أو للمساعدة على الفرار من صعوبات الحياة وما يرافقها من انفعالات وآلام نفسية بدل مواجهتها والتغلب عليها أو حلها . لذا يرى بعض الباحثين فائدة للقليل من المشروب الروحي بفكرة أنه ربما يمنع انفجاراً عقلياً عاجلا . ولكن لاشك أن المخدرات على العموم بليغة الضرر لا على متعاطيها فحسب بل أيضاً على ذريته . والواجب محاربة انتشارها بكل الطرق الممكنة وفى الوقت نفسه ايجاد المعدات اللازمة لمعالجة المنعكفين على تعاطيها وذوى المزاج العصبى الموجود عندهم الاستعداد الخلقى للتعلق بها . وهذه الوسائل والمعدات شبيهة بتلك التى تتخذ لمعالجة مبادئ المرض العقلى والامراض العصبية الوظيفية أى العلاج بالطرق النفسية التى تعيد كثيراً من التوازن بين العناصر العقلية المختلفة

وعلاج المرض العقلى فيما عدا ذلك يجرى بحسب الظواهر المرضية وبحسب المبادئ الطبية العامة فلا داعى للتفصيل فى هذا الباب . انما ألاحظ أنه قد أدخلت فى السنوات الاخيرة خلاصة الغدد ذوات الافرازات الداخلية فى معالجة المرض العقلى ومع أن فوائدها لم تظهر بشكل بارز بعد الا انها تفيد فى بعض حالات منتخبة ومن جهة أخرى فانه يؤمل بتقدم معلوماتنا عن الجواهر الفعالة لتلك الغدد ووظائفها أن يكون لاستعمالها فى مستقبل الايام تأثير حاسم على سير المرض . كذلك أذكر هنا طريقة معالجة الشلل العام الجنونى بواسطة العدوى بالملاريا . وأول من استعملها واجنر يورج (Wagver- fouregg) النمسوى وتبعه فى ذلك أطباء البلاد الأخرى . ولا شك أنها مفيدة لدرجة الشفاء تقريباً . فى الحالات المصابة بمبادىء المرض . وهى أحرى بالتجربة فى بلادنا التى يمكن الحصول فيها على طفيلى الملاريا بسهولة

والخلاصة

هى أولا — أن هناك مجهودات صادقة تبذل فى جميع الامم المتمدينة لايجاد اساس مادي للمرض العقلي وذلك بمواصلة الابحاث على الجهاز العصبي

لمحاولة المزيد من المعلومات عن تركيبه ووظيفته خصوصاً المنـاطق المسماة بالساكتة (Silent areas) . ثم أيضاً باجراء ابحاث كثيرة على الغدد العديمة القنوات لمحاولة معرفة طبيعة الافرازات الداخليـة ووظائفها وتأثيرها على الجهاز العصبى والحالة العقلية للانسان

ثانيا — أن تقـدم معلومات الفنيين بفضل تلك المجهودات قد احدث تطورا يذكر فى الاحتياطات التى تتخذ للوقاية من المرض العقلى ثم فى طرق معالجته . وبما أن بلادنا على أبواب نهضة تتناول كل فروع الحيـاة فيها فانه يجدر بولاة الامور المسئولين التفكير فى مماشاة هذا التطور بخلق الوسـائل اللازمة لتقدم فن الامراض العقلية فى هذه البلاد بايجاد وتشجيع الفنيين على القيام بنصيب من المجهودات التى يبذلها الغير فى محاولة حل معضلة المرض العقلى . ثم بقيام الحـكومة بنصيبها التشريعى والمالى لمكافحة هذا المرض وللمحافظة على الصحة العقلية للمجموع

بعض ملاحظات
عن حمى الماء الاسود Black water fever

بقلم ارنـست كارمودى

يشجعنى النجاح الذى صادفته فى علاج حمى البول الأسـود أو أقدم ملاحظاتى عن ٣٦ حالة عالجتها فى مقاطعة بندوره الـكائنة بوسط سهل مازوى ويقطنه نحو ٣٥٠ من البيض عدا أهل هذه الجهات والمقاطعة يعبرها الخط الحديدى سلزبورى — شامقا — وموقع بندورا ٧٠ ميل فى الشمال الشرقى لسالسبرى وتبعد عن كاب تون ١٧٣٠ ميل وهذه المقاطعة مشهورة أنها أردأ بقعة من حيث انتشار الحمى السوداء بها وأن نسبة الوفيات بهذه الحمى هو ٢٠ فى المائه

وحين قدومى لهذه الجهة فى فبراير عام ١٩٢١ ذاكرت التاريخ الموضعى لهذا المرض وعلاجه بواسطة الممرضات الكاثوليكيات اللاتى كن أقدم ممرضات وأول المهاجرين لتلك الجهات ويظهر أنهن أول من لاحظن أن حالات حمى الماء الاسود لا يمكن نقلها بالكلية ويجب علاجها فى محل الاصابة نفسها

ويمكن اعتبار الحمى السوداء أنها مرض حاد غير معدى يصاحبه وجود بول قاتم اللون وتغيرات عامه شديدة وهي تصيب الاوروبيين ويندر اصابة الوطنيين بها وتحدث فى كل عمر ويكثر اصابتها الذكور . وهى تأتى بعد الاصابة بالملاريا التحت ثلاثية Sultertian malaria ولو لم يوجد أى نوبات حمى الملاريا

وأننى أعد الحمى السوداء كشقيقة للملاريا Para-malaria وأن سببها المعقول قد يكون فقر دم مرض تهيج بحدوث هبوط للقوة الحيوية لاى سبب وهذه توصل لحدوث تقليل الضغط الازموتى لمصل الدم بسرعة وقتية يحدث من جرائها انفجار البويضات الدموية

ونجاحى فى العلاج مصدره حقن المصل الملحى Nomal Saline تحت الجلد واعطاء بيكربونات الصودا من الفم واعتقادى من هذه الجهة يؤيده كثيرون من الكتاب ضمنهم منسونى (Manson) حيث ذكر فائدة حقن المحلول الملحى زائد الكثافة Hypertonic والمتساوى الكثافة (Is otnic) تحت الجلد على أن ضمن ما يؤيد النظرية الحقيقية أن الملاريا يزيد فيها العرق وينقص مدر الجسم بكمية عظيمة من الملح

الاعراض — أولا — كثير من المرضى يشعرون بالم بالبطن وامساك قبل الاصابة بالحمى السوداء . بمدة ٢٤ ساعة — والهجوم يبتدى بتبول ما يقدر ب ٦ الى ١٠ أوقيات من بول لونه أسود واذا شوهد فى ١ وبه رفيعه يرى لونه أحمر غامق هذا العرض هو أول ما ينبه المريض أنه أصيب بالمرض

من ثم يظهر على المريض المرض ويزيد النبض الا أن ارتفـاع الحرارة ليس علامة للمريض فى جميع الحالات وربما شعر المريض بارتعاش ومن الاعراض الثابتة غالباً الصداع وألم الظهر والتجشؤ وقد يلاحظ أحياناً على المريض علامات يرقان قبل حدوث المرض الا أن اليرقان دائماً يأتى بضع ساعات بعد حدوث المرض ويزيد اليرقان بشدة اذا حرك المريض أو نقل . . . والطحال والكبد يزيدان والطحال يصير مؤلما عند اللمس

الخطر فى نقل المريض —

نسبة الوفيات فى الحالات التى نقلت ولو الى مسافة قليلة كانت عالية جداً وقبل ملاحظة ذلك فاننى قد نقلت مريضين بكل أعتناء وحرص لمسافة قصيرة جداً ولكنهما ظهر عليهما اصفرارعظيم واغماء شديد بعد النقل بدقائق قليلة جداً و بعد ذلك حدث لهما نكسات شديدة فى الخمسة أو الستة أيام التالية ثم ذكر الكاتب حالات كثيرة نقلت وحصل لها نكسة وموت من جراء النقل أو الاهتزاز

المضاعفات —

التهاب الكلى الحاد وقلة البول أو انحباسه كلية هى الاعراض الخطرة ثم مضاعفات البطن كثيرة فالام بشكل مغص فى القولون وكثيراً ما يوجد امساك شديد وفى حالة كانت هذه الحمى سبباً لارجاع التهاب الزائدة الدودية وفى غيرها حدوث انقلاب معوى Intusception وفى جميع هذه كان المريض فى حالة اغماء شديدة لا يمكن معها اجراء عملية وكان عندى حالتان أصيبا بالتهاب رئوى Bvouch pdcsmira وافتكر كان السبب اخذهما برد لسبب العرق الغزير الذى أصابهما

على أن التشخيص لا يرى فيه صعوبة فى شخص كان يقطن بلاداً يكثر فيها الاصـابة بالملاريا الخبيثة Malignant testain malaria ثم ظهور أول عرض للمرض وهو البول الاسود

العلاج — العلاج الواقى الحذر من البعوض ومن الاصابة بالملاريا وتشخيص حالة الملاريا سريعاً واعطاء كينين بكمية كافيـة لمدة طويلة وحفظ الصحة فى حالة جيدة بالغذاء والمسكن وأخذ كل الطرق الصحية ضد انتشار الناموس (كما هو معلوم فى الملاريا) ولنجاح العلاج يجب أن لا ينقـل المريض من مكانه حتى اذا كان بعيداً عن المسكن يجب احضار فرس وغطاء له وعلاجه فى بقعة الاصابة نفسها

أما العلاج الرسمى الذى اتبعه فهو الاسراع باعطاء المريض من ٥ الى ١٠ أوقيات محلول ملح وتكرر عند اللزوم بذلك كنت الاحظ أن البول ينظف سريعاً وأحيانا فى بضع ساعات ويقل أخيرا اليرقان والعوارض الاخرى وأيضا أعطى سلفات المانيزيا من (½) الى (١) أوقية وهى مفيدة لانها تسحب الماء من الامعاء ثم يعطى ٢٠ قمحة بيكربونات الصودا كل ساعة أو المزيج الآتى : —

بيكربونات صودا	٢٠ قمحة	يؤخذ كل ساعة هذا المقدار فى ٥ اوقيات من الماء
كربونات البزموت	١٠ قمحات	
صبغة المورفين والكلوروفوم المركبة	٥ نقط	

ألم الظهر والبطن يعالج بالانتيكلوجستين أو بزجاج ماء ساخن وغالبـا لم اكن اعطى كينين ولكن لا أرى سبباً لعدم اعطائه خصوصاً لو ظهرت أدوار الملاريا فيجب اعطاؤه حقناً عضلية لانه يسبب قيئاً للمريض

ويعطى المريض كميات عظيمة من السوائل — الماء وماء الشعير الخ ويعطى غذاء بنجر ولاكتوجين ويجب أن يلازم المريض فراشه لمدة أربعة عشر يوماً حتى فى أسهل الحالات

الملخص

(١) حالة الحمى السوداء لا يجب نقلها واذا كان ضروريا : فبكل حرص ولمسافة قصيرة جداً

(٢) لا يجب نقل الحالة لمدة اسبوعين على الاقل بعد ظهور الاعراض ولو كانت الحالة بسيطة جداً

(٣) اذا أمكن يجب أن تباشر العلاج ممرضة

(٤) باعطاء محلول الملح تحت الجلد يرجع البول لحالة الطبيعة سريعاً

(٥) اننى لا أظن أن الكينين كما كانوا يظنون يسبب حدوث هذه الحمى ولعل ذلك لسبب أن الحمى أحيانا قد تبتدئ باعراض الملاريا ثم بعد اعطاء الكينين يشاهد البول المميز للمرض فيقال اذن السبب هو الكينين

(٦) وهذه الحمى سببها الحمى الثلاثية الملاريا الخبيثة كما برهن على ذلك الاستاذ تومسون مدرس أمراض المناطق الحارة بانجلترا اثناء ابحاثه فى روديسيا

(٧) منع حمى الماء الاسود هو نفس منع الملاريا

نقلا عن المجلة الطبية الانجليزية

الدكتور حسن كامل بشبرا

مشاهدات شخصية فى مرض الجدرى

للدكتور وصفى عمر مفتش صحة مركز قنا

يسرنى أن أذكر أن فى ظهور الامراض المعدية فى الارياف مجالا متسعا لاطباء المراكز للمشاهدة والبحث عما يكسب عملهم الشاق فى مكافحة هذه الامراض صبغة فنية ينشدها كل طبيب فى عمله

وها أنا أقدم لحضرات القراء بعض مشاهدات وقعت تحت نظرى فى بعض المرضى بالجدرى فى عام ١٩٢٥

المشاهدة الاولى : وهى ظهور مرض الجدرى فى طفل عمره أقل من شهر

طفل بناحية الدير الشرقى بمركز قنا وجد مصاباً بالجدرى فى حالة مختلطة Confluent. S. P. فى دور التقيح . عزل فى يوم ٣١ يناير سنة ١٩٢٥ وبالبحث عن عمره فى دفتر مواليد الناحية وجد مقيدا فى ٢٤ يناير سنة ١٩٢٥ أى أن عمره ثمانية أيام فاذا طبقنا المعلومات الفنية الخاصة بادوار ظهور

الجدرى والمدة التى يستغرقها كل دور نجد أن هذا الطفل قد أخذ العدوى فى اليوم الاول أو الثانى من حياته

على أن من له دراية بأحوال سكان أعالى الصعيد يتأكد أن هذا التقدير السابق خطأ حيث أنه من عادة الدايات والاهالى فى هذه الجهات أن لا يبلغوا عن مواليدهم الا بعد مضى مدة وبالاستعلام من أهل الطفل المذكور بطريقة غير مباشرة وجد أن عمره حوالى شهر وهذا ما قدرناه له عند الكشف عليه وقبل الاطلاع على سنه من دفتر المواليد

غير أن هذا لا يمنع من أن ظهور مرض الجدرى فى طفل سنه شهر بهذا الشكل مما يستلفت النظر وقد قضى بمزيد الاسف هذا المريض فى اليوم السابع من عزله

المشاهدة الثانية : وهى نجاح عملية التطعيم فى الاشخاص الذين سبق أن أصيبوا بالجدرى . لاحظت أن كثيراً من الاشخاص الذين سبق أن أصيبوا بالجدرى يرفضون التطعيم فى حالة التطعيم العمومى بدعوى أنهم لا يخشون ويعتقدون بعدم تكرار العدوى ومن المشاهدة الآتية يتضح أنه من الضرورى اعادة التطعيم لاى شخص كان سواء أصيب بالجدرى سابقاً أم لم يصب — ع . ح . ع سنه ٣٠ سنة من الخربه مركز قنا تطعم فى تطعيم عمومى فى يونيه سنة ٩٢٥ بنجاح تام فى جميع البثرات بشكل يستلفت النظر وهذا الشخص قد أصيب بالجدرى من مدة ٢٠ سنة تقريباً وآثاره تامة الوضوح فى وجهه

المشاهدة الثالثة : وهى التى من أجلها سأطرق بابا أتمنى جداً أن يكون موضع بحث عند الاخصائيين . وهى خاصة بظهور مرض الجدرى فى الاطفال المتطعمين بنجاح بشكل شديد تعقبه وفاة

كلنا يعلم أن التطعيم ان لم يكسب من المناعة ما يكفى لرد غائلة هذا المرض (الجدرى) وعدواه فهو على الاقل يلطف من وطأة هجومه بمعنى أن عدوى المتطعمين لا تتعدى الجديرى الخفيف الذى يعقبه الشفاء الاكيد

غير أن الحالة التى سأذكرها والتى رأيتهـا بعينى تشذ عن القاعدة السابقة بل تـكاد تعبث بها

ف . ع . س طفلة مولودة بتاريخ ٢ مارس سنة ١٩٢٥ بناحية الطويرات مركز قنا تطعمت بتاريخ أول يونيه سنة ١٩٢٥ وعند مشاهدتها فى الاسبوع الاول عقب التطعيم أى بتاريخ ٧ يونيه سـنة ١٩٢٥ لم يعرضها أهلها على الحلاق بدعوى أنها ليست موجودة وأنها عندحضورها سيعرضونها عليه — خامرالحلاق الشك وألح فى طلبها بعد ذلك بأسبوع وعند ما شاهدها وجدها مصابة بالجدرى وفى هذا الوقت أخطرنى الحلاق فقمت بعزلها وعزل مرضى آخرين بالبلد فوجدتها فى حالة جدرى شديد مختلط وبالـكشف عن تطعيمها دهشت عند ما شاهدت أربعة نبديات Scars حديثة ذات لون وردى باهت ظاهر مكان بثرات التطعيم وقد وجدت أنهـا ليست مغطاة بالقشورالتى أرجح أنها زالت من زمن بينما شاهدت بثرات الجدرى المتقيحة تكسى جسم المريضة كساء بشعاً ولقدكانت مشاهدتى للمريضة ولآثار التطعيم فى ذراعيها مصداقا لقول الحلاق وأهلها . ومع الأسف الشديد لم يمهل هذا المرض المريع هـذه الطفلة الا ثلاثة أيام وقضت نحبها فى ختامها

هذه المشاهدة الثالثة وهى ظهور مرض الجدرى فى الاطفال الذين سبق أن تطعموا بنجاح جاءت مطابقة لاقوال طبيب صحة (لايسستر) Liesester فى مقال القـاه عام ١٩٢٣ ونشرته جريدة Journal of State of Medicine وهى النشرة الرسمية التى تصدرها The Royal Institue of Public Health

وكان ذلك فى عدد سبتمبر سـنة ١٩٢٣ وقد ألقاها بمناسبة مرور مائة عام على وفاة Edward Jener ذلك الرجل الذى يقرن اسمه بأحد المخترعات العظيمة فى عالم الطب الواقى

ويلخص مقاله فى أنه ليس هناك من داع لتعليق أهمية كبرى على تطعيم

الجدرى وقد ذكر فيه الفكرة القائلة الآن بان عدد أنصار نظرية التطعيم فى نقص بينما ترى الزيادة الظاهرة فى عدد أعداء هذه النظرية

ويفسر صاحبنا هذا التدهور الظاهر بأن ما ينسبه الاول من المبالغات الكثيرة لفوائد التطعيم يتخذه الآخرون سلاحا لتحطيم نظرية التطعيم وأهم هذه المبالغات ما قاله بخصوصها فيما يلى

أولا — كانت الفكرة السائدة أن التطعيم ضد الجدرى يمنع غائلة العدوى طول الحياة كما يفعل المرض نفسه اذا أصيب به الانسان مرة واحدة وقد كانوا يعزون السبب فى مرض كل من يشذ عن هذه القاعدة ويصاب بالجدرى وهو مطعم الى رداءة فى المادة أو عدم اجراء عملية التطعيم بدقة وليس الى مضى زمن على التطعيم الأول

ولقد قال الدكتور Craks فى تقريره السنوى وهو الطبيب الصحى فى كلكتا بمناسبة الوفيات الكثيرة جداً فى الجدرى (أنه من المبالغ فيه جداً أن نقول أن التطعيم الاولى ليس له أى فائدة فى منع انتشار الجدرى فى بلاد المنطقة الحارة)

ومن رأيى أنه محق جداً فيما قال فليس هناك مناعة مكتسبة الا من التطعيم الحديث وهناك مثل واضح وهو ظهور الجدرى بشكل وبائى middles-borough فى عام ١٨٩٧ وقد ذكر الطبيب الصحى أن نسبة الغير متطعمين من السكان هى ٢ ٪ بينما بلغ عدد حالات الجدرى ١٤١١ أصابة ومنها ١٠٨ وفيات من المتطعمين

ثانياً : يعتقدون أن النقص فى وفيات الجدرى الآن راجع الى ظهور التطعيم وليعتمدوا على الاحصائية الآتية فى اثبات نظريتهم

(١) فى سنة ١٨٤٧ — ٥٣ كان التطعيم اختياري وكان عدد وفيات الجدرى ٣٠٥ فى المليون

(٢) وفى سنة ١٨٥٤ — ٧١ كان التطعيم اجباريا تقريباً وكان عدد

وفيات الجدرى ٢٢٣ فى المليون

(٣) وفى سنة ١٨٧٢ — ٨٠ كان التطعيم اجباريا تماماً وكان عدد وفيات الجدرى ١٥٦ فى المليون

كان ذلك الاعتقاد سنة ١٨٩١ ونسوا أن التاريخ ربما يظهر عكس مايعتقدون وتجاهلوا أن النقص ناتج من اتساع دائرة الاعمال والاصطلاحات الصحية

وها هو فى احصائية سنة ١٩٢٠ ظهر لهم ما يأتى

(١) فى سنة ١٨٨١ — ١٩٠٠ حيث زادت فكرة عدم التطعيم وقل المتطعمون كانت وفيات الجدرى ٣٠ فى المليون

وفى سنة ١٩٠١ — ١٩١٠ حيث ظهر فى مادة فى القانون Conscience Clause وتزرع به كثير من الاهالى فقلت وفيات الجدرى حتى وصلت ١٣ فى المليون

وفى سنة ١٩١١ — ١٩٢٠ حيث سهل جداً الحصول على الاعفاء من التطعيم بتقديم اقرار شرعى Statutory Declaration بدلا من الذهاب للمحكمة والالتجاء اليها فقلت الوفيات حتى وصلت ١ فى المليون

كل هذا يدل على أنه ليس التطعيم هو السر فى نقص وفيات الجدرى بل هناك عوامل أهم واذا علمنا أن أمراضاً أخرى معدية قد قلت فى المدة الاخيرة فهمنا أنها نتيجة عامة لجهود واحد وهو تحسن الحالة الصحية : فمثلا

فى سنة ١٨٩١ — ١٩٠٠ كانت وفيات الحصبة ٤١٤ والسعال الديكى ٢٦٣ والدفتريا ٣٧٨

وفى سنة ١٩٠١ — ١٩١٠ كانت وفيات الحصبة ٤٠٩ والسعال الديكى ١٧٩ والدفتريا ٢٧٧

وفى سنة ١٩١١ — ١٩٢٠ كانت وفيات الحصبة ٢٧٥ والسعال الديكى ١٤١ والدفتريا ١٨٣

مع العلم بأن التطعيم ليس له أى دخل فى نقص وفيات الأمراض السابقة

ثالثاً : وهو الخطر الذى يتهدد الغير متطعمين عند تعرضهم للعدوى : —

أنا لا أنكر أن هذا حقيقى فى عهد Jener حيث لا عزل ولا تطهير ولا تبليغ عن أمراض معدية وحيث الفقر والجهل فى السواد الاعظم من الناس .. أما الان وقد تغير الحال فمن الصعب تقرير حقيقتهم السابقة لا سيما اذا تصورنا الجدرى والتطعيم يرحلان يداً بيد عن هذه البلاد

رابعاً : وهو الخطر الذى يحمله الغير متطعمين نحو الناس والمخالطين ويسرنى أن اثبت هنا أن هذه الفكرة مبنية على المغالطة الظاهرة (وهنا ذكر صاحب المقال مقتطفات من أقوال الاطباء الصحيين فى منشستر وجلاسجو وغيرهما وذكر بعض أقوال فى تقارير ومؤلفات بعض الاختصاصين) وحيث ثبت من أقوال الاطباء الذين لهم خبرة بانتشار مرض الجدرى أن المتطعمين تطعيما (أوليا) على ما هم عليه من اعتقاد كاذب من أنهم سوف لا يصابون بالجدرى كثيرا ما يكونون سبباً فى انتشار الاذينه حيث يصاب الواحد منهم اصابة خفيفة تجعله يهمل استشـارة الطبيب ويستمر فى أعماله وقد ثبت من عدة تقارير عن ظهور مرض الجدرى أن السبب فى الاذينة هو وجود هذه الحالات الخفيفة الغير ملاحظة هذا فضـلا عن أن الغير متطعمين هم اكثر من سواهم تعرضاً للعدوى

ليس من السهل أن نقول أن هناك اشخاصاً ينقلون العدوى لآخرين اذا تصورنا الدرجة التى وصلنا اليها من التحفظات الصحية وطرق الوقاية الآن

خامساً : السلامة المزعومة من التطعيم وعدم انتقال الامراض بواسـطة التطعيم أن الناظر الى هذه الفكرة نظرة الباحث المدقق يجد أن ما نشـاهده من الحوادث المؤلمة من ضحايا ال Vaccinia والحمرة والتسممات الصديدية وغيرها من الامراض تعبث عبثا ظاهراً بهذه النظرية وفى عام ١٩٢١ توفى

خمسة فى انجلترا وويلز بمرض الجدرى وتوفى ثلاثة بالتلقيح (Vaccinia) وقد تقيد خمس وفيات بامراض أخرى كالحمرة والتسمم الدموى

هذه هى الوفيات الظاهرة اما الامراض فهى كثيرة فالزهرى وكثير من الأمراض الجلدية كثيراً ما تتنقـل بالتطعيم الأمر الذى كان ظاهراً جداً أيام التطعيم من ذراع لآخر Arm - to - Arm - vaccination وفى الختام لا يسعنى الا أن أشبه التطعيم بالجراحة التطهيرية Antiseptic Surgery الذى أوجدها Lister والتى حلت محلها الا ن الجراحة العقيمـة Aseptic Surgery بعد أن تلاشت الاولى وظهر انها مضرة لا مفيـدة وكما أن اسم Lister لا يزال على الألسنة فسوف يظل اسم Jener مرفوعا بكل احترام بعد أن ينمحى التطعيم من العالم

هذا ملخص بسيط من المقال وسأذكر فى عدد قادم ملاحظات خاصة بالتطعيم فى مصر

المجلة — هذه المشاهدات خاصة بحضرة المشاهد وله الفضل طبعا فى تدوين مشاهداته الا أنه يعوزها زيادة الارقام والاسناد من حضرات اطباء المراكز الذين قل ان تمضى عليهم سنة دون أن يروا فى خلالها ملاحظات عدة عن هذا المرض وغيره من الامراض العفنـة وحبذا لو احاطوا المجلة بكل مالديهم من المشاهدات الدقيقة التى يرصدونها أول باول عن هذه الامراض

اسباب تكوين الحصوات

عند الفلاحين

محاضرة للدكتور عبد الله محمد يوسف الصيدلى

القيت أمام الجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

أيها السادة

لى عظيم الشرف بان أقف بين يدى حضراتكم اليوم ألقى كلمة موضوعها « الحصوات البولية وأسباب تكوينها عند قرويى مصر مع بيان علاقة تكون تلك الحصوات بالامراض الطفيلية الدموية والمعوية » راجيا أن تحل كلمتى لديكم محل القبول

على أنى ياسادتى فى موقفى هذا أشعر بقصر مجهوداتى وابحاثى عن ايفاء هذا الموضوع الهام حقه

وما حملنى على ولوج هذا الباب والبحث فى هذا الموضوع الا ما أعلمه من أن أمراض الحصوات بأنواعها منتشرة انتشاراً مربعاً بين القرويين وهم كما تعلمون دعامة المجتمع المصرى وأهم عناصره العاملة النشيطة فعلى مجهوداتهم تتوقف ثروة القطر المصرى ورفاهية سكانه وأهميته الزراعية والتجارية

سبق أن ألقيت محاضرة بالجمعية المصرية وبالنادى العلمى اليونانى بالاسكندرية موضوعها « الطرق التحليلية الحديثة لمعرفة كفاءة الكلى » بينت فيها نظريات العلماء التى أوصلتهم اليها التجارب التى أجروها على الحيوانات فقد أثبت هيدنهاين Heidenhain أن للكلى وظيفتان وظيفة القنوات ووظيفة الكتيلة

فالكتيلة تفصل عن الدم محلولا ملحيا هو محلول كلورور الصوديوم أما القنوات فتفصل عن الدم باقى المواد المتبلورة المكونة للبول

وقد بينت فى محاضرتى المشار اليها الفرق بين اصابة القنوات واصابة الكتيلة وخطورة عدم كفاءة القنوات بانحباس المواد القابلة للتبلور مثل البولينا وحمض البوليك وهذا ما يهم فى موضوعنا

وكذلك سبق نشرت مقالا فى المجلة الطبية موضوعه حمض البوليك وحمض الاوكساليك فى حالتى الصحة والمرض وأوضحت فيه الاراء الحديثة للعلماء فى أسباب تكوينهما فى جسم الانسان والتجارب التى أجروها فى الانسان والحيوان مما جعل النظريات القديمة لا يعتد بها وخصوصا تولد حمض البوليك فى جسم الانسان وهو المادة التى تهمنا فى موضوع تكوين الحصيات عند الفلاح

نظرية تكوين الحصيات عند الفلاح

قد ظهر لى يا سادتى من التحاليل الكثيرة التى أجريتها أن حمض البوليك هو المادة التى تكون نحو ٧٠ ٪ من أجسام نواة الحصيات البولية عند الفلاح ويستفاد من أحدث النظريات أن هذا الحامض ينشأ عن انعدام مادة نواة الخلايا وليس كما كان يعتقد زمناً طويلا أنه نتيجة انعدام المادة الزلالية انعداما غير تام فتتكون ذرته قبل تكون ذرة البولينا التى هى غاية ما ينتهى اليه انعدام الذرة الزلالية أو بعبارة أخرى أنه هو مادة وسط بين الذرة الزلالية وذرة البولينا وحينئذ يكون من الخطأ المحض الاعتقاد بأن ازدياد وجود حمض البوليك هو نتيجة عجز الجسم عن تحويل ذرة حمض البوليك الى بولينا والحقيقة أن زيادة هذا الحمض فى الجسم هى نتيجة زيادة انعدام مادة نواة الخلايا النسيجية والغذائية فيه وقد لاحظت كثيراً أثناء أبحاثى مدة غير قصيرة أن كمية حامض البوليك تكثر فى بول القرويين وعلى الاخص الفقراء منهم الذين يوجد فى مثاناتهم بيض البلهارسيا وكذا المصابين بالحمى المتقطعة (الملاريا) والانكلستوما والديدان المعوية فلأى الأسباب يا ترى ترجع زيادة

حامض البوليك عندهم زيادة كبيرة قد تبلغ فى بعض الأحيان ثلاثة جرامات فى ٢٤ ساعة مع أن طعامهم كما لا يخفى أ كثر ما يكون نباتياً . والجواب على ذلك هو أنه توجد دائما حالة دفاع دموى مستمر فى أجسام هؤلاء القرويين من جراء الاصابة بالطفيليات المعوية المصحوبة غالباً بمضاعفات وبالطفيليات الدموية المصحوبة فى أغلب الاحيان باصابات ثانوية مثل التهاب المثانة المزمن عند المصابين بالبلهارسيا اذ أن هذه المضاعفات تحدث تسمماً مزدوجاً فى الجسم فيضطر الجسم لمضاعفة مجهوداته لايجاد القدر الكافى من الكرات البيضاء للدفاع عن نفسه ومعلوم أن الكرات البيضاء يتكون معظمها من مادة نواة الخلايا ووظيفتها ابادة هذه الجراثيم وافراز مادة مضادة للافرازات السامة لهذه الطفيليات وأن تولد هذه الكرات البيضاء بكثرة هائلة وفقدانها كذلك بهذه الكثرة ينتج عنهما تولد كميات كبيرة من حامض البوليك الداخلى المنصرف مع البول والمكون من انعدام أنسجة الجسم نفسه لا من أصل غذائى حيوانى حيث أن غذاء هؤلاء القرويين كله نباتى تقريباً كما قدمنا

ولكى نوضح موضوعنا وضوحا تاماً نبتدىء بتفسير أصل وسبب تكوين الحصاة والتغيرات المرضية التى يصاب بها المريض فى تكوين الحصاة المركبة ويمكننى أن اؤكد من مشاهداتى الشخصية ومعرفتى التامة لحياة الفلاح أن أسباب تكوين الحصاة عنده ليست من أصل غذائى أبداً بل هى نتيجة أمراض طفيلية أولية كما سأوضح ذلك فيما يلى

أما الفكرة القديمة التى تعزى تكوين الحصوات الى تأثير المناخ أو طبيعة مياه الشرب أو نوع الغذاء فليس لها أساس من الصحة وعلى الاخص بعد الاكتشافات الحديثة التى نتجت من التجارب العلمية لكثير من العلماء والتى نورت كثيراً على الباحثين عن حقيقة هذا الداء

أولا — نكتفى بأن نقول اجمالياً أن السبب المباشر لتكوين الحصاة هو

وجود أى مادة من شأنها أن تولد فى الجسم عناصر متبلورة تتكون منها حصاة حيث أن هذه الاجسام المتبلورة لا توجد فى الجسم السليم أما الاجسام الغريبة التى تتجمع عليها هذه البلورات فى الجسم فهذه مسألة ثانوية فقد ثبت بالتجارب أن أجساماً بقيت فى المثانة مدداً مختلفة ولم يتجمع عليها بلورات ولم يتخلف من وجودها فى المثانة حصاة وذلك لأن السبب الحقيقى لتولد الحصاة هو غير هذه الاجسام . نعم قد تكون الاجسام الغريبة سبباً أولياً للحصاة فى جهاز بولى اذا كانت هذه الاجسام ملوثة بالميكروبات التى تحول المواد الأزوتية الى أملاح نوشادرية فى بول ضعيف الكثافة فانها فى هذا البول تجذب الاملاح الجيرية اليها فتتراكم هذه الاملاح ولا يحدث ذلك الا فى بول قلوى وسنشرح هذا الموضوع فى كلامنا عن تكوين الحصاة الفوسفاتية . وقد تكون الاجسام الغريبة ملوثة بميكروبات أخرى خلاف التى تحول البولينا الى كربونات نوشادر أعنى أنها لا تجعل البول قلويا بل يمكن أن تحدث التهابا موضعياً بنسبة قوة فعلها فى الجسم يعقبه دفاع دموى ويكون نتيجة ذلك كثرة افراز حامض البوليك كثرة كبيرة فى البول فيتراكم حامض البوليك على الاجسام الغريبة فتصبح هذه الاجسام والحالة هذه نقطة جاذبة لبلورات هذا الحامض

ويمكننى بعد أبحاثى التحليلية التى أجريتها مدة طويلة أن أقول أن الحصاة فى مصر من حيث تكوينها تنقسم الى قسمين أساسيين

الاول — الحصاة المتجانسة التركيب

الثانى — الحصاة غير المتجانسة التركيب

فالقسم الاول المتجانس التركيب يشمل جميع أنواع الحصاة البسيطة أى الحصاة المكونة من طبقة واحدة أساسية مثل الحصاة المكونة من حامض البوليك وأملاح بوليكية أخرى أو المكونة من أملاح أكساليكية أو أملاح كربوناتية فوسفاتية والقسم الثانى يحتوى على كل الحصاة المركبة من أكثر

من طبقة واحدة وهذا القسم هو الذى ينقسم بدوره الى رتبتين

الرتبة الاولى — تشمل الحصاة المكونة من طبقتين أى من نواة نعتبرها الطبقه الاولى ومن طبقة ثانية فوقها فالنواة مكونة من حامض البوليك والطبقة الثانية الظاهرة من الاكسلات أو من نواة حامض البوليك يعلوها طبقة ثانية من الفوسفات أو من الكربونات

الرتبة الثانية — تشمل الحصاة المركبة من ثلاث طبقات ونواتها من حامض البوليك وفوق النواة طبقة من الاكسلات ثم طبقة فوقهما من الكربونات والفوسفات هذه نتيجة مشاهداتى التى استخلصتها من التجارب التحليلية التى اجريتها على أكثر من مائة حصاة من الحصى الذى تكرم به حضرات الاطباء غير أنى أرى من المهم أن أورد هنا رأياً للاستاذ مادن ذكره فى مؤلفه باللغة الانكليزية الذى عنوانه (الجراحة فى مصر)

وقد نشره فى سنة ١٩١٩ ففى هذا المؤلف أورد الاستاذ مادن رأى الدكتور فانكوفر ووفاه شرحاً ومن رأى فانكوفر أن النواة على العموم تكون من أكسلات الجير وانا لا أقر الدكتور فانكوفر على هذا الرأى مطلقاً فضلا عن أن الاستاذ مادن نفسه خالفه فيه نوعاً ما ومع كل ما ذكرنا سابقاً يهمنا جداً معرفة كنه ثلاث نقط أساسية للوقوف على حقيقة تكوين الحصاة البولية عند القرويين فى مصر فالنقطة الاولى

ما هو السبب الأصلى لظهور المواد الاولية التى تتكون منها الحصاة . والجواب على ذلك سبق بيانه عند أشخاص أقوياء البنية ولا يخفى على حضراتكم عدم اهتمام الفلاح بالذهاب الى الطبيب وقد يعذر الفلاح على ذلك الاهمال اما لفقره واما لعدم تقديره خطورة المرض وهم لايهتمون بالذهاب الى الطبيب الا متى بلغ عندهم المرض الحد الاقصى

وهذا ما يفسر سبب وجود حامض البوليك بكثرة هائلة عند المصابين بهذه الطفيليات و بذلك تتولد عندهم بضرورة الحال الاصول المكونة للحصاة وأما النقطة الثانية فهى . ما هى الحالة الداعية لرسوب حامض البوليك فى البول فالجواب على ذلك يمكننى أن أقول أن حامض البوليك المكون بالكيفية السابقة والذى هو جسم قليل الذوبان فى الماء متى تصرف بكميات كبيرة من الكليتين أو كان مقدار كمية الفوسفات المعدة لذوبانه غير كافية كانت نتيجة ذلك رسوبه فى البول وهكذا يتولد فى البول الشديد الحموضة المتشبع باملاح الرمل البولى — لم يبق علينا الآن الا أن نجيب على السؤال الثالث وهو ما هى الاسباب الداعية لتراكم تلك المولدات حتى تصير حصاة فنلاحظ أولا أن تكوين النواة يحدث فى الكلى فى أغلب الاحوال ثم منها تنزل النواة فى المثانة فالعناصر المتبلورة عندما تصادف صعوبة فى مرورها تتجمع فى حوض الكلى المريضة ومن الثابت أن الطفيليات تفرز مواد سامة وأن الكلى هى الموكول اليها تطهير الجسم من هذه المواد السامة فهذا العضو على طول المدة بسبب التسمم المزمن يعجز عن تأدية هذه الوظيفة . أعنى أن القنوات الكلوية تكون غير صالحة لمرور هذه الفضلات منها حتى أن البلورات أمام صعوبة المرور منها تتجمع فى تجويف الكليتين ويزيد هذا الالتهاب الموضعى ويعقب هذا الالتهاب افرازات هلامية وهذه العناصر المتبلورة تحدث بواسطة زواياها الحادة نزيفاً نتيجته تكوين نواة الحصاة وهذا ما يفسر لنا سبب توالى الاصابة بالمغص الكلوى الذى يسمونه بمرض الشقة عند القرويين . وقد صادفنى مدة ابحاثى التحليلية الطويلة بعملى الخاص أن بحثت عدداً ليس بالقليل من الأبوال التى أرسلت لى من مرضى عقب اصابتهم بنوبة المغص الكلوى مباشرة وبحثت رواسب هذه الابوال فوجدت بويضات البلهارسيا متجمعة ببلورات حامض البوليك أو بأملاح أكسلات الجير فى بعض الاحوال وفى أحوال

أخرى لم أجد بويضات البلهارسيا وفى هذه الاحوال وجدت البلورات متجمعة مع خلايا غشائية وخيطان مخاطية وكرات حمراء وكرات صديدية وهذا التجمع قد يحصل فى الكلية ويستقر بها ويكون حصاة كلوية أو ينفذ من الكلية الى المثانة وتتكون الحصاة بها وفى بعض الاحوال تقف النواة فى الحالب وتكون حصاة الحالب واذا كانت العناصر القابلة للتبلور لم يتم تكوينها وأمكن أن تمر من القنوات الكلوية للمثانة حدث أحد أمرين

١ — اما أن تكون المثانه مصابة وعلى ذلك نجد البلورات التى تكونت وسطا صالحا لتجمعها وذلك بواسطة السائل المرتشح من هذا العضو المصاب كما أنها قد تجد خلايا متقشرة من الغشاء المصاب أو بويضات البلهارسيا ان كانت هذه موجودة بالمثانة وهذه الاجسام الخلوية تكون مركزاً لتجمع العناصر المتبلورة المذكورة وعلى هذا النسق تتكون الحصاة

٢ — واما أن تكون المثانة سليمة وتم تكوين البلورات فبتعدد زواياها الحادة يتهيج الغشاء المخاطى المثانى باستمرار الزمن وينتهى الامر باحداث التهاب مثانى موضعى ويلى هذا الالتهاب ارتشاح سائل هلامى من جدران المثانة وتقشر خلوى ولا يوجد ما يمنع فى مثل هذه الحالة من تكوين الحصاة وبهذه الكيفية أيها السادة يتم تكوين الحصاة البسيطة البوليكية وكذلك الطبقة الاولى من الحصاة المركبة البوليكية أى نواتها

ولنبحث الآن ملاحظاتى الخصوصية على تكوين الحصاة الاكساليكية والطبقة الأكساليكية من الحصيات المركبة . أوضحت فيما سبق أن الدفاع الدموى بالجسم سـواء أطالت مدته أم قصرت تبعاً لاختلاف مقاومة كل شخص يعقبه حالة ضعف بنىي عام ويترتب على ذلك وجود حالة بطء فى تكوين الكرات الحمراء بالجسم وذلك كما أوضح كانتانى Cantani مما يعيق تأكسد المواد الهيدروكربونية التى هى غذاء الفلاح (ذرة وحلبه الخ) ونتيجة ذلك

كله افراز كمية كبيرة من حامض الأوكساليك . ومن ذلك نرى أن كثرة افراز حامض الأوكساليك عند القرويين لا يستلزم أن يكون سببه التغذية بمواد تحتوى على هذا الحامض والدليل على ذلك أن غذاء الفلاح فى أدوار تكوين الحصاة المركبة لا يتغير ولا يخرج عن المواد السابقة الذكر التى تحتوى على كميات قليلة من الأكسالات يفرز معظمها مع البراز بحالة أكسالات الجير وهو ملح عديم الذوبان وها كم ما قال بوشار Bouchard فى هذا الموضوع

(ان كثرة الأكسالات فى البول هى قبل كل شىء نتيجة بطء فى التغذية العنصرية ونقص فى التأكسد الحاصل فى الجسم) ومن ذلك تتكون كمية كبيرة من أوكسلات الجير تكون منشأ الحصاة التى تتكون على الطريقة التى أوضحتها فى كلامى على حصاة حامض البلوليك أو الطبقة الأوكساليكية فى الحصاة المركبة

أما تكوين الطبقة الثالثة للحصاة فيشترط لحصوله أمران

أولا — أن يكون البول قليل الكثافة

ثانياً - أن يتلوث البول بعدة ميكروبات تخص منها الميكروكوكس البولى والايروباسيل اللذين بما لهما من قوة تخمر البول بافرازهما يجعلان تفاعله قلويا وهنا اسمحوا لى أيها السادة أن أبين لكم لماذا اشترطت أن يكون البول فى هذه الحالة قليل الكثافة . ذلك لأنى لاحظت أثناء ابحاثى التحليلية أن البول قليل الكثافة سريع التخمر وأن البول كلما زادت كثافته كلما قاوم عملية التخمير . وقد أجريت التجارب على بول محتو على بويضات البلهارسيا وكثافته كبيرة بعد أن رشحته وجعلت منه عينات مختلفة الكثافة وذلك بتخفيفه بالماء المقطر المعقم وجعلت من ذلك أربع عينات اختلفت كثافتها ما بين ١٠,١٢ الى ١٠,٢٠ وعرضت العينات الاربعة المذكورة للجو فلاحظت انه كلما كانت الكثافة قليلة كلما كانت القابلية الى التخمير اسرع ومن ذلك استنتج ان الميكروبات المذكورة

ميكروبات تخمير وليست جراثيم مرضية لا تحدث محلا لنموها الا فى الادوار الاخيرة من المرض وذلك عندما تكون الكلية فقدت كفاءتها ولم تسمح بافراز البول على حالته الطبيعية من الكثافة ومما يؤيد ذلك ان الطبقة الثالثة للحصيات هى آخر طبقة تتكون فى الحصاة وعادة تكون فوسفاتية كربوناتية ولم يشاهد فى تكوين الحصيات اى طبقة اخرى تتكون الطبقة بعد تكوين الفوسفاتية

هنا أنبهكم أيها السادة الى نقطة وهى أن عدم تخمير البول ذى الكثافة الطبيعية فى المثانة يرجع الى أمر واحد وهو أن البول لا يبقى بالمثانة الا بضع ساعات حيث لا يسمح هذا الوقت القصير بحصول عملية التخمير

أما الميكروبات السابقة الذكر فمن وظيفتها افراز خمائر تحلل الذرات الآزوتية المركبة الى عناصرها الأولى أو بمعنى آخر تحول البولينا الى كربونات النوشادر وهذا الاخير ملح غير ثابت يتحول الى حامض الكربونيك ونوشادر فأما حامض الكربونيك المنفرد فبما له من التقارب للاتحاد مع الجير فيتحد معه ويكون كربونات الجير وهذا ملح عديم الذوبان وأما النوشادر فيتحد مع فوسفات المانزيا الموجودة فى البول وتكون فوسفات المانزيا النوشادرى وهذا ملح عديم الذوبان بالمثل وهذان الملحان يرسبان فوق الطبقة الاوكساليكية ويكونان على هذا الشكل الطبقة الثالثة وهذا ما يفسر لنا وجودهما دائما مجتمعين بنسب مختلفة فان وجد فى البول أملاح جيرية بكثرة مصحوبة بقلة فى افراز حامض الفوسفاريك كثرت كربونات الجير وكونت طبقة ثالثة صلبة بسطح لامع تحاكى الرخام تماماً : وها كم مثلا لذلك . ان كان افراز حامض الفوسفاريك بنسبة كبيرة وقل وجود أملاح الجير كانت النتيجة رسوب املاح فوسفات المانزيا النوشادرية وفى هذه الحالة تكون طبقة ثالثة هشة

وكل ما ذكرناه مثبوت عملياً فان المريض اذا اسرع بعرض نفسه على الطبيب وقت تكوين الطبقة الاولى اخرج منه الطبيب حصاة ذات طبقة واحدة

وان تأخر المريض الى ما بعد انتهاء تكوين الطبقة الاولى اخرج منه الطبيب حصاة ذات طبقتين واذا ما اخرج الطبيب من المريض حصاة ذات ثلاث طبقات فذلك لان المريض لم يعرض نفسه على الطبيب الا بعد حصول كل التطورات التى شرحناها الى هنا ينتهى كلامنا عن الحصيات البوليكية والمركبة ولنرجع الى كلامنا عن الحصيات البسيطة الاوكساليكية والفوسفاتية الكربوناتية والحصاة الاوكساليكية

من المحتمل ان المريض اذا كان ضعيف البنية ضعيف المقاومة للمرض وقصرت مدة مقاومته للمرض فان كمية حامض البوليك المنفرزة منه تكون قليلة وتنصرف مع البول قبل تكوين الحصاة ومعنى ذلك أن يصاب بالدور الثانى من المرض سريعاً وعلى ذلك تتكون من الاوكسالات الحصاة الفوسفاتيه الكربوناتيه

هذا الصنف من الحصيات يشترط لتكوينه

أولا — أن يكون البول قليل الكثافة وذلك لاسباب مختلفة . وعند القرويين أهم أسبابه الامراض الطفيلية وتأثير افرازاتها السامة على الكليتين مما يؤثر على كفاءتها

ثانيا — عدوى البول بجملة ميكروبات وعلى الاخص الميكروكوكس البولى الذى يجعل البول قلويا وهذه الكائنات الصغيرة التى اكتشفها باستور Pasteur ودرسها فان تيجم Vani Teighem توجد بكثرة فى الارض الزراعية حيث يكون لها شأن كبير فى حياة النبات وهى كجهاز هضمى لهذا النوع من الاجسام الحية بمعنى انها تحلل الذرات الازوتية المركبة فتجعل منها مواد قابلة للتحليل يسهل على النباتات امتصاصها ومن خواصها كذلك أنها تحلل ذرة حامض البوليك على نفس الطريقة التى تحلل بها البولينا والدليل على ذلك اننا لا نجد كميات تذكر من حامض البوليك فى أحوال الاصابة بهذه الميكروبات

وبعد كل ما تقدم يتساءل الانسان عما آل اليه امر الاوكسالات اثناء تكوين الطبقة الثالثة من الحصاة وهى مكونة من كربونات وفوسفات صرفا مع ان المريض فى هذا الوقت يكون فى درجة من الضعف والاضمحلال تجعل التأكسد الداخلى بطيئاً وافراز الاوكسالات بدرجة كبيرة والجواب على ذلك أن هذه الميكروبات بافرازاتها وخمائرها تحلل ذرات الاوكسالات وتجعلها كربونات ومعلوم كيماويا أن حامض الأوكساليك بتأثير التأكسد يتحول الى أوكسيد الكربون وحامض الكربونيك وقد حصلت على بول متشبع بالاوكسالات وتركته يتخمر وبعد أيام قليلة بحثته فوجدت الراسب مكونا من كربونات الجير وفوسفات النوشادر والمانزيا ولم أجد أثراً للاوكسالات وذلك يؤيد ما ذكرته سابقا . وكل هذه الميكروبات التى ذكرناها والمنتشرة بكثرة فى الاصطبلات والزرائب التى يجعلها الفلاحون فى بيوتهم وفى أكوام السباخ المنتشرة فى القرى يسهل على الفلاحين العدوى بها وعلى الاخص لان من عاداتهم التنشيف بعد التبول بأى شىء يجدونه ملقى على الارض وملوثا طبعاً بهذه الميكروبات وهذه هى نتيجة الابحاث التى أجريتها أيها السادة بكل تدقيق بقدر ما سمحت لى الظروف . وقبل الكلام على الاحتياطات الصحية التى يجب اتخاذها وتجعل استنتاجى واضحا ومضبوطا سأفند آراء الدكتور فانكوفر التى ذكرها الدكتور مادن فى كتابه السالف الذكر — من رأى الدكتور فانكوفر أن نواة الحصيات تكون دائما من أوكسالات الجير وأنا أخالفه فى ذلك فاننى بحكم مهنتى وممارستى لها سنوات عديدة أجريت فى اثنائها عدة تحاليل للبول والحصيات أؤكد أن نواة اغلب الحصيات تكون من حامض البوليك او املاح بوليكيه . حقيقة انى كنت اجد فى عدد غير قليل من نواة الحصيات مقداراً من املاح اوكسالات الجير ممزوجا بحامض البوليك بنسبة تتراوح ما بين ١٠ و ٣٠ فى المائة وذلك لا يجعلنا نعتبر ان اوكسالات الجير هى

الاصل فى تكوين نواة الحصاة وانى بهذه المناسبة الاحظ على الدكتور فانكوفر ما قاله من ان الاوكسالات التى تكون نواة آتية من الدورة الدموية تبعا لنزيف مثانى وهذه النظرية على ما ارى لا اساس لها لاننا اذا اعتبرنا الكلية عضو تركيز او غدة تفرز فان من المثبوت ان المواد المتبلورة توجد فى البول بنسبة تزيد عما توجد به فى الدم من عشرين الى خمسين مرة فمن الاولى ان نعتبر ان الاوكسالات آتية من البول واما قوله ان الحديد الموجود فى الحصاة مما يثبت نظريته اى ان الاوكسالات اتت عن طريق الدورة الدموية فانى ارى ان ذلك حاصل من النزيف الدموى الذى تسببه اطراف وزوايا الحصاة الاوكساليكية . واما قوله بأنه لا توجد حصيات فوسفاتيه صرفه فيناقض ذلك تصريح الدكتور مادن الذى وجد ١٠ ٪ من الحصيات التى استخرجها فوسفاتية صرفة (وهاكم أمثلة لحصيات فوسفاتية صرفة) . وأما استناده على وجود نواة الحصيات ملونة بلون أسود غامق واعتقاده أن ذلك يدل على أن النواة أوكساليكية فذلك ليس من الصواب فى شىء لان حامض البوليك فى البول قد يكتسب أى لون وكثيراً ما نشاهده ملوناً باللون الازرق الغامق من الانديكان وقد تتلون كذلك نواة الحصاة بالوان الاسكاتول وبألوان أملاح الصفراء المتأكسدة الخ

وأما رأى الدكتور مادن فى أن وجود الحصاة فى المثانة يسبب تهيجاً شديداً بجدرانها وأن ذلك مما يجعل البول يتعفن فى المثانة وتتحول حالته الحامضية الى حالة قلوية فنرد عليه بقولنا انه وجدت حصيات كبيرة الحجم أوكساليكية فى كثير من الحالات ومع أنها بقيت مدداً طويلة فى المثانة بدون حصول أى تغيير فى حموضة البول وذلك مما يثبت رأينا وهو أن انخفاض كثافة البول وتلوثه بالميكروبات التى شرحناها هما ما يغيران حموضة البول وبالاختصار يمكنني القول بأن السبب الاولى لتكوين الحصيات

البولية عند القرويين هو الامراض الطفيلية التى يتولد بسببها فى جسم الفلاح الاجسام المتبلورة التى تتكون منها الحصاة وأن السبب الثانى هو عدم الكفاءة الكلوية الناتج من الحالة الاولى والذى فى بدايته تتكون الحصاة البوليكية والاوكساليكية حيث أثبت العلماء حديثاً أن ذرتى حامضى البوليك واكسالات الجير لا يسمح الغشاء الكلوى بمرورهما لضخامة ذرتيهما فى ابتداء عدم الكفاءة الكلوية مع وجود باقى الاملاح البولية فى البول وفى هذه الحالة لا يوجد المجال لتكوين الحصاة الفوسفاتية وأما فى حالات عدم الكفاءة الكلوية المتقدمة عن ذلك فيصير تكوين الحصاة الفوسفاتية الكربوناتية على نحو ما ذكرنا سابقاً (قلة كثافة البول وتلوثه بالميكروبات التى أشرنا اليها)

الوقاية

قد بيننا أيها السادة أن الاصابة بالحصاة منتشرة انتشاراً كبيراً بين قرويى مصر ونعلم جيداً أنها مضاعفة للاصابة بأمراض طفيلية دموية ومعوية ولا نجهل أيها السادة سهولة حصول العدوى بهذه الامراض وانى اتنحى عن ذكر طرق الوقاية من هذا المرض واتركه لحضراتكم حيث ان ذلك من اختصاصكم على انى اريد الفات نظركم لشىء وهو انى كثيراً ما طلب منى عمل تحليل لعينات مياه مرتشحة فى اراض زراعية لمعرفة محتوياتها والتقرير ما اذا كانت هذه المياه تصلح للرى وظهر لى ان هذه المياه كانت تصلح للشرب وتحتوى على مواد عضوية اقل مما تحتوى عليه مياه قناة المحمودية التى كنت اتخذها دائماً كقاعدة للمقارنة فى تحليلى كما انها انقى منها

واقترح على الحكومة ان تعتنى بوضع طلمبات ماصة بجوار الترع للشرب والمنافع المنزلية وليلاحظ انها تكون بعيدة عن المقابر والمراحيض حيث يكون ضررها اكثر من نفعها ولتكن تحت مراقبة صحية

ولى ملاحظة ابديها لكم ايها السادة وهى ان الفلاح ظل مدة طويلة يكافح لحفظ نوعه وذلك بتعدد الزوجات اذ ينتهى ذلك بكثرة النسل وتعلمون ان هذه العادة آخذة فى التلاشى بسبب مدنية القرن العشرين التى تسبب قلة الزواج وتعلمون ما يؤدى اليه ذلك من انقراض الفلاح فى مصر وهو اصل ثروتها ان لم تفكر الحكومة فى عمل كل ما من شأنه وقاية الفلاح من هذه الامراض الفتاكة المنتشرة بين الفلاحين انتشاراً كبيراً .

وهنا ايها السادة تنتهى المحاضرة التى تفضلتم على بسماعها بما جبلتم عليه من خدمة الانسانية ولم يبق على بعد ذلك الا ان اشكركم الشكر الجزيل

الكساح (١)

تعريب الدكتور محمد كامل بشرا

بقلم ويمان E. T. Wyman وويملار C. A. Weymuller

الكساح أعظم أمراض التغذيه انتشاراً فى الاطفال فى المناطق المعتدلة وفى نحو ٤٠٠ طفل بين ٣ و ٨ شهور فى العيادة الخارجية لمستشفى بوستون للاطفال أظهر الكشف ان ٩٥ فى المائة من جميع الاطفال و ١٠٠ من مائة من أطفال الايطاليين والسود Negns babies كانوا مصابين بكساح حاد وشفوا بعد الكساح قبل ٨ شهور . . . . وفى فصل الشتاء يشاهد ظهور علامات للكساح فى جميع الاطفال . . .

وفى عام ١٩١٩ قرر كثير من المشاهدين ان الاشعة الفوق بنفسجية Ultra Violet Rays بمقدار يقرب من الحد المحتمل يشفى الكساح وحالات

---

(١) نقلا عن مجلة الجامعة الطبية الامريكية Amer. Med. Assoc. Nov. 8 1924 عدد ٨ نوفمبر ١٩٢٤

من التتانى (التشنج العضلى الذاتى) Tetany بغير احتياج لاى علاج آخر .
وفى سنة ١٩٢٣ انشأ صاحب هـذا الموضوع عيادة خصوصية بمستشفى بوستون للاطفال وفى السنة الماضية أم هذا القسم ٨٦ مريضا عولجوا بالاشعة الفوق بنفسجية ثلاث مرات فى كل اسبوع . . . وقد وضع ستة أطفـال اصحـاء تحت الاختبار Controls بالعلاج نفسه واخذت أشعة مفصل الرسغ بحيث كانت راحة اليد موضوعة لاعلا . . . كل ١٠ أو ١٢ يوم مرة وكذلك كانت تقدر كمية الفسفور والـكالسيوم فى الدم

أما طريقة العلاج فهى ان توضع اللمبة على بعد ٢٠ بوصة من سطح الجلد ويبدأ بتعرض جسم الطفل من الامام والخلف كل مرة دقيقتين . . . ومدة التعرض للاشعة الفوق بنفسجية كانت تزاد دقيقة كل دفعة الى ان تصل مدة التعرض الى ٣٠ دقيقة . . . ولم يحصل من جراء التعرض للاشعة أدنى احمرار Ery thenia حتى فى أرق بشرة ولم يعط للاطفـال زيت سمك ولا خلافه بل فقط كان يتبع الغذاء المستعمل فى الكساح وفى هذه ال ٨٦ حالة كساح حاد كان يظهر دائما التحسن باستمرار ويزيد الوزن وكان التحسن اكيدا حتى ان أهالى الاطفال كانت تحضر ابناءها الى العيادة ٣ دفعات فى الاسبوع مع بعد الشقة بين العيادة و بيوتهم وبالاشعة كان يشاهد تجمع الـكالسيوم بعد اسبوعين الا ان التحسن كان أقوى وضوحا عند ما كانت مدة التعرض أطول فى الوقت وفى جميع المرضى الذين امتحن دمهم قبـل بدء العلاج كان تركيز مصل الدم بالفسفور قليلا وفى الاطفال أيضا المصابين بالتتانى والكساح كان الـكالسيوم قليلا عندهم — وفى أثناء العلاج بلغ الدم فى كلا الحالتين التركيز الطبيعى — ثم ذكرا أربع حالات موضحة باشكال للاشعة كثيرة

مصلحة الصحة العمومية

النشرات الادارية الصادرة فى شهر سبتمبر ١٩٢٥

رقم ١٣٧ افتتاح مستشفى دمياط الجديد ومستشفيات رمدية متنقلة مستجدة — قد افتتح مستشفى دمياط الاميرى الجديد (العمومى و به فرع رمدى) باحتفال رسمى فى ٦ أغسطس سنة ١٩٢٥

وتقرر افتتاح مستشفي الرمد المتنقلين المستجدين رقم ٤ و ٥ الاول بالصف يوم السبت الموافق ١٢ سبتمبر ١٩٢٥ والثانى ببنى مزار يوم الثلاثاء الموافق ١٥ سبتمبر ١٩٢٥

رقم ١٣٨ تعيين — قد تقرر تعيين حضرة الدكتور فام بك بشاى بوظيفة مفتش القسم بقنا بدرجته وراتبه الحاليين اعتباراً من ٢٧ يوليو ١٩٢٥

وعين كل من الدكتور جورجى أفندى داود والدكتور حسين أفندى عرفان والدكتور حسن افندى أحمد الدباغ بوظيفة طبيب امتياز بمستشفى قصر العينى براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا — الاولان بعقد يبتدئ فى ١٤ ابريل سنة ١٩٢٥ وينتهى فى ٣١ مارس سنة ١٩٢٦ — والاخير بعقد يبتدئ فى أول يوليو سنة ١٩٢٥ وينتهى فى ٣٠ يونيه سنة ١٩٢٦

وعين الدكتور حافظ افندى بهجت بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من أول أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الاسكندرية

وعين الدكتور محمد أفندى سعيد نبيه بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب

قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من أول أغسطس ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

وعين الدكتور أمين افندى ميخائيل بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من ٢ أغسطس ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الرمد ببنها

وعين كل من الدكتور حبيب افندى يعقوب تاوضروس والدكتور كامل افندى غبريال بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة الاول اعتبارا من أول أغسطس ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة والثانى اعتباراً من ٥ من الشهر المذكور وألحق بمستشفيات الانكلستوما

وعين الدكتور رياض افندى عبد النور حنين بوظيفة طبيب تحت الاختبار بالدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها فى السنة براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا اعتباراً من ٤ أغسطس ١٩٢٥ وألحق بصحة ميناء الاسكندرية

وعين الدكتور عبد الله افندى حنا عبد المسيح بوظيفة طبيب مؤقت من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠— ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها وعلاوة ٢٠ ٪ فى السنة بعقد لمدة ستة أشهر اعتباراً من ١٣ أغسطس ١٩٢٥ وألحق بقسم الأوبئة

رقم ١٤٠ ترقية — قد تقرر ترقية كل من حضرة الدكتور عبد الحميد افندى صادق مفتش ثانى صحة مديرية المنوفية وحضرة الدكتور عبد المجيد افندى رمزى مفتش ثانى صحة مديرية الشرقية الى الدرجة الخامسة (٣٦٠ — ٦٠٠ جنيه) اعتبارا من أول أغسطس ١٩٢٥

رقم ١٤١ تثبيت — بما أن المستخدمين المذكورين بعد قد قضوا مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيتهم بدرجاتهم ورواتبهم الحالية : —

الدكتور زكى افندى حنا طبيب صحة مركز كوم امبو

الدكتور راغب افندى صليب طبيب صحة مركز جرجا قسم ثان

الدكتور لبيب افندى غالى تاوضروس طبيب صحة مركز ادفو

الدكتور نسيم افندى بشاره طبيب ثالث مستشفى بور سعيد

رقم ١٤٤ تعيين — عين الدكتور محمد افندى محمود علبه بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتباراً من أول يوليو سنة ١٩٢٥ والحق بقسم الانكلستوما

وعين كل من الدكتور يوسف افندى يعقوب والدكتور مصطفى افندى على عبد الله بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة — الاول اعتباراً من أول أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بصحة القنطرة — والثانى اعتباراً من ٥ أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بعيادة تلا الخارجية

رقم ١٤٥ تنقلات — تقرر نقل حضرات أطباء الحدود المذكورين بعد اعتباراً من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور ناشد اسحق طوفان افندى	السلوم	الطور	١٥-١٠-١٩٢٥
« عباس حلمى توفيق «	الطور	الخارجة	١٥-١٠-١٩٢٥
« سامى حنا أيوب «	الخارجة	السلوم	١٥-١١-١٩٢٥
« نصيف بولص سليمان «	البحرية	طبيب بدل	٢٠-١٢-١٩٢٥
« رشدى حنا «	طبيب بدل	رفح	سيعين التاريخ فيما بعد

رقم ١٤٦ ترقية — قد تقرر ترقيه كل من حضرة الدكتور عبد اللطيف افندى احمد والدكتور محمود افندى احمد كامل الى الدرجة الخامسة الاول بوظيفة طبيب أول مستشفى الرمد المتنقل رقم ٤ والثانى بوظيفة طبيب أول مستشفى الرمد المتنقل رقم ٥ وذلك اعتباراً من أول يوليه سنة ١٩٢٥

رقم ١٤٧ تثبيت — بما أن الاطباء المذكورين بعد قضوا مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيتهم بدرجاتهم ورواتبهم الحالية : —

حضرة الدكتور رياض افندى فانوس	عضو ثالث بالقومسيون الطبى العام
الدكتور احمد افندى منير اسحق	طبيب صحة قويسنا قسم ثان
« محمد افندى كامل خليفه	« « بور توفيق
« السيد افندى ابراهيم جاد	« « مركز قوص
« محمد افندى صبرى الفار	« « « بلبيس قسم ثان
« احمد افندى مصطفى على العروسى	« بعموم المصلحة
« محمد افندى توفيق راغب	« « «

رقم ١٥١ تنقلات — قد تقرر نقل حضرات الأطباء المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين امام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور محمد زكى شاهين افندى	عموم المصلحة	مركز شبين الكوم قسم ثان	٢٠ — ٩ — ١٩٢٥
« حافظ محمد «	مركز شبين الكوم قسم ثان	مركز رشيد	٢٣ — ٩ — ١٩٢٥
« محمدموصوف محبوب «	مركز رشيد	بندر المنيا	٢٦ — ٩ — ١٩٢٥
« احمدجمال الدين الحفنى «	عموم المصلحة	بندر بنى سويف	٢٠ — ٩ — ١٩٢٥
« محمد نظيف «	بندر بنى سويف	قسم الدرب الاحمر	٢٣ — ٩ — ١٩٢٥
« عوض صدقى «	مركز السنطة	مركز المنيا	٢٣ — ٩ — ١٩٢٥
« جورجى مينا «	« المنيا	مركز كفر الشيخ قسم أول	٢٦ — ٩ — ١٩٢٥
« يوسف عازورى «	مركز كفر الشيخ قسم أول	مركز السنبلاوين قسم أول	٢٩ — ٩ — ١٩٢٥
« على محمد سبع «	مركز السنبلاوين قسم أول	قسم الجمالية	٢ — ١٠ — ١٩٢٥
« ديمترى أبادير «	مركز تلا قسم ثان	قسم حلوان	٢٠ — ٩ — ١٩٢٥
« احمد زكى «	قسم حلوان	مركز الدر قسم أول	٢٣ — ٩ — ١٩٢٥
« فؤاد حلمى «	مركز الدر قسم أول	بندر أسيوط	٢٨ — ٩ — ١٩٢٥
« فريد لوزه شرقاوى «	بندر أسيوط	مركز السنطة	١ — ١٠ — ١٩٢٥
« احمد حسن خضر «	عموم المصلحة	التل الكبير	٢٣ — ٩ — ١٩٢٥
« زكى عبد السيد «	التل الكبير	مركز أسيوط	٢٦ — ٩ — ١٩٢٥
« يوسف بدوى «	مركز أسيوط	مركز شبراخيت	٢٩ — ٩ — ١٩٢٥
« عطيه احمد سالم «	عموم المصلحة	مركز أسوان	١ — ١٠ — ١٩٢٥
« عبد العال منصور «	مركز أسوان	مركز تلا قسم ثان	٥ — ١٠ — ١٩٢٥

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لا ترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لا تنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لاتعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

كتاب

تشخيص الامراض العصبية

ظهر الجزء الاول من هذا الكتاب تأليف السير جمس برفس ستوارت وتعريب الدكتور مصطفى ضيا وهو محلى بالصور الملونة وبكثير من الاشكال والصور الفوتوغرافية وهو مطبوع ومغلف بلوندره وثمن النسخة ٦٠ قرش صاغ ويطلب من سائر المكاتب الشهيرة

الى حضرات الاطباء

اذا أردتم أن تصفوا الاسبيرين مع الكافيين ففكروا فى

ميتاسبيرين METASPIRINE

الاسبيرين الكيماوى الكافييني النقى ٥ ٪

محضرات مجربة حيويا

فى برشام وأقراص

ترسل العينة مجاناً من فكتور ماتيه ١٠ شارع فؤاد الاول باسكندرية

اسبكترول

العلاج بسيروم الاعضاء الحيوية — **ابو ترابى سريك**

فقر الدم : النقاهة :

الانحطاط العضوى

الجرعة من ٢ — ٤ ملعقة شوربه يومياً



سيروم هيموبويتيك طازه مستخرج من دم الحصان (شراب)

تطلب النشرات والعينات من فيكتور ماتيه — ١٠ شارع فؤاد الاول باسكندرية

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et repandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencement de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد التاسع نوفمبر ١٩٢٥ NOVEMBER 1925 السنة الثامنة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاعلانات »
تخابرشركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع مايتعلق بالمجلة الطبية المصرية

ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

الموضوع	صفحة

مطبعة الاعتماد بشارع حسن الاكبر بمصر

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد التاسع — نوفمبر سنة ١٩٢٥ — السنة الثامنة

تأثير الامراض الطفيلية

فى ذكاء[1] تلاميذ المدارس

للدكتور محمد خليل استاذ علم الطفيليات بمدرسة الطب

﴿ من قسم الابحاث بمعامل مصلحة الصحة ﴾

الامراض الطفيلية فى مصر وأهمها البلهارسيا والانكلستوما تصيب الاطفال حالما يدرجون على الارض ويرودون جداول المياه حيث تكمن جراثيمها وهذه الامراض لا تستلفت الانظار لبطىء فعلها حتى لتغيب عن أبصار الوالدين ولكنها تعيق نمو أجساد الاطفال وتقيد عقولهم وتنهك قواهم حتى يشبوا ضعاف العقول فاذا أتوا دور العلم لم يثمر تعليمهم الثمرة المبتغاة

ولكى نقدر تأثير هذه الامراض على عقول الاطفال تقديراً صحيحاً بعيداً عن المغالاة يجب أن ندرس هذا الموضوع من أربعة وجوه :

أولا — الطرق العلمية الحديثة لقياس الذكاء

---

(١) القى هذا الموضوع فى مؤتمر التعليم الدولى

ثانياً — معلومات عامة عن أهم الامراض الطفيلية فى مصر
ثالثاً — مبلغ تأثير هذه الامراض فى اعاقة نمو الاطفال العقلى
رابعاً — الطرق المثلى للتغلب على هذه الامراض بين طلبة المدارس

المبحث الاول

الطرق العلمية الحديثة لقياس الذكاء وأهمية تطبيقها فى المدارس

كان قياس الذكاء وتقدير النباهة بين الناس أمراً يغلب عليه الحدس والتخمين . فلكل له معيار خاص يقدر به ذكاء غيره ويقيس نباهتهم حسب ما يلوح له ويدور فى خلده من اعتبارات مختلفة لا تكون كلها على جادة الصواب أو ليست لها صلة بالذكاء من حيث هو . فمثلا مدرس الاطفال قد يقدر نباهة تلاميذه بعد مضى زمن على احتكاكه بهم فى التدريس والتدريب والسؤال والاجابة وربما يخيل اليه ان رأيه فى ذلك التقدير رأى صحيح سليم من العيوب لانه مبنى على التجارب ومقارنة بعض الاطفال ببعض ولكن الابحاث الحديثة فى تقدير الذكاء دلت على أن تقدير المدرسين كثيراً ما يكون بعيداً عن الحقيقة وقد يكون مضاداً للواقع . فقد تبين أن حكم المدرس فى هذا الباب يكون عادة متأثرا بعدة عوامل أخرى لا دخل لها فى الذكاء . فمثلا عند ما يحكم بين تلاميذ الفصل الواحد لا يراعى اختلافهم فى السن بان يقارن ابن الثامنة بابن السادسة بغير أن يضع موضع الاعتبار الفرق بين عمريهما . ومثلا يوجد لديه ميل لا يشعر به بان يرجح كفة التلميذ الحسن الهندام عن زميله المختل الثياب القليل النظافة . ومثلا يزيد فى تقدير التلميذ الجم الادب الحسن المنطق عن زميله الشرس الطباع بذئ الالفاظ . وقد لوحظ أيضاً فى تقدير المعلمات لنباهة تلاميذهن الميل الى الرفع من شأن التلاميذ الذين يحنون على صغار الاطفال ويدافعون عنهم اذا تعرض لهم آخر كما لوحظ أن التأخير العقلى وقلة الذكاء يبالغ فى

تقديرهما بالمقارنة كما أن شدة الذكاء قد يقلل من شأنها عند المفاضلة أيضاً

ولا يمكن التغلب على هذه العوامل النفسانية التى تشوش الحكم على الذكاء ومقداره مالم نبعدها عن ميدان التقدير وذلك ما ابتكره الباحثان (بينييه وسيمون) Binet & Simon فى طريقة أطلق عليها اسمهما تخليداً لذكرهما وان هذه الطريقة لعلى كثير من البساطة بحيث تداخل الانسان الدهشة لانها لم تخطر لاحد من قبلهما . ولست أجد مجالا للتوسع والتبسط فى تفسير هذه الطريقة التى هى من اختصاص رجال التعليم وعلم النفس التجريبى Experimental Psychology ولكنما اذكر طرفا منها . فهى تنحصر فى مجاميع من الاختبارات كل مجموعة منها خاصة باحدى سنى العمر تلقى على التلميذ للاجابة عنها ويقصد بها أن تدل عما اذا كان نمو عقلة مطابقا لما ينتظر من شخص فى سنه فاذا أجاب تلميذ فى السابعة من عمره مثلا على الاسئلة الخاصة بهذا العمر فذكاؤه طبيعى اما اذا أمكنه الاجابة على الاسئلة الخاصة بالسنة الثامنة فذكاؤه فوق المعدل الطبيعى واذا لم يتعد اختبار السنة السادسة فى الاجابة فهو متأخر فى قواه العقلية

وقد يحدث أن يستطيع تلميذ فى السابعة مثلا ان يجيب على اختبارات السنة التاسعة أو العاشرة فيكون نابغة . ولقد وجد أن هناك بين الناس عددا من المتفوقين فى الذكاء بمقدار ما بينهم من المتأخرين

أما هذه الاختبارات وأسئلتها فقد وضعت بعد اجراء تجارب عديدة على عدد عظيم من الاطفال الاصحاء والمقارنة بين النتائج مقارنة دقيقة فأى اختبار منها جازه أكثر من ٧٠ فى المائة من الاطفال فى عمر واحد عد المعدل الطبيعى لهذا العمر وبذلك تكونت سلسة من الاختبارات من سن الثلاثة من العمر الى سن الرابعة عشر وأيضاً فى سن البلوغ وما فوق البلوغ الى سن العشرين.

وها كم أمثلة من بعضها

فى سن الثالثة يجب أن يحسن الطفل الاشارة الى اجزاء جسمه الهامة بحيث لا يتجاوز خطأه واحدا من الاربعة الاشياء الآتية الانف والعين والفم والشعر

وأن يسمى ثلاثة على الاقل من الخمسة الاشياء الآتية اذا وضعت أمامه وهى — مفتاح — بنس — مطواة — مقلمة — ساعة — قلم رصاص وغير ذلك

وفى السابعة مثلا يستطيع ان يصف صورا أو يفضل بعضها على بعض مثلا صورة منزل وصورة منظر نهرى وصورة دار بريد

ويشير الى الاختلافات بين (ذبابة وفراشة) وبين (قطعة حجر وبيضة) وبين (الخشب والزجاج) بحيث لا يعدو خطأه واحدة منها . وغير ذلك

وفى سن الرابعة عشر يستطيع ان يخبرك عن الساعة بلا خطأ فى الدقائق

وفى سن البلوغ يستطيع أن يخبرك بمغزى أى قصة خيالية والفرق بين معنى الفاظ معنوية مثل الفرق بين (البطالة والكسل) والفرق بين (التطور والثورة) وبين (الفقر والشقاء) وبين (الاخلاق والصيت) الى غير ذلك

ويوجد من تلك الاختبارات أنواع جمة بحيث يستطيع الباحث أن يطبقها على أعمار الاطفال ليس سنويا فقط بل لاجزاء السنة أى للشهور وكل ذلك مما يمكن الرجوع اليه فى الكتب الخاصة بهذا العلم وهى كثيرة العدد

ولقد بلغ من دقة هذه الاختبارات ونجاحها ان اعتمد عليها فى كثير من الممالك الاوروبية والامريكية خصوصاً فى توزيع الاطفال على سنى الدراسة المختلفة اللائقة لهم بدلا من الاعتماد على الاختبارات المدرسية المتبعة الآن

وأيضاً صارت أداة وافية لفصل التلاميذ المتأخرة عقولهم والبلهاء لاعطائهم عناية كافية فى مدارس خاصة بهم لتوقع ضررهم اذا ظلوا مزاملين للتلاميذ العاديين

ولقد أصبحت هذه الطرق وسيلة لاكتشاف التأخر العقلى فى أى بيئة أو طبقة من الطبقات بعد قيام الباحثين بالفحص والتنقيب وراء ادراك كنه العوامل المرضية أو غيرها المسببة لهذا التأخير

وهذا ما حدث تماماً فى استراليا أخيرا حيث فحص عدد عظيم من طلبة المدارس فوجدت فيهم نسبة لا يستهان بمقدارها من المتأخرين فى نموهم العقلى . وقد أدى البحث والاستقصاء عن أسباب هذا التأخر الى وجود عامل مشترك بين كثير من هؤلاء الاطفال وهو الاصابة بمرض الانكلستوما

وانه ليكون من المفيد جداً لبيئتنا المصرية الحاضرة ان تتبع هذه الطريقة العلمية الحديثة فى اكتشاف ضعيفى العقول بين طلبة المدارس على اختلافها واستعمالها للاغراض التى ذكرناها فيما قد سبق

على أنه يجب أن لا يغيب عن اذهاننا عدم ملائمة أسئلة هذه الاختبارات لاطفالنا المصريين للتباين التام فى حياتهم العائلية وتربيتهم المنزلية ولاختلاف الوسط الشرقى عن الاوساط الاجنبية

ولذلك يكون من الواجب وضع اختبارات جديدة تتوافق مع بيئتنا وحياة أطفالنا ومداركهم وذلك بفحص عدد كبير من الاطفال السليمى البنية منتخب من أوساط وطبقات مختلفة حتى نصل الى السن الطبيعى اللائق لكل اختبار ويعد ذلك نموزجا يستطاع تطبيقه على بقية أبناء هذه الأمة

وحينئذ يكون فى طاقتنا أن نقدر نباهة الاطفال المصريين على أساس سليم وأن نبين مقدار تأثير الامراض المتوطنة وبعض العوامل الاخرى على ذكائهم واستعدادهم . ليس هذا فقط بل أنها تكون الدليل الواضح على نجاح أو فشل طرق التعليم المتبعة

كما أننا قد نستطيع فى المستقبل أن نجارى كثيرا من الممالك الاجنبيـة باتخـاذ هذه الطرق لفصل التلاميذ الى أغلبية ذات ذكاء طبيعى واقليتين احداهما من ذوى الذكاء الخارق والاخرى من المتأخرين ووضع كل فئة من هذه الفئات الثلاث للدرس على حدة قصدا الى فائدتهم العلمية لما شوهد من ضرر جمع المتأخرين الى ذوى الذكاء العادى . كما أنه مضر بالمتفوقين أيضاً

وهذا التقسيم يكون فيه عون كبير لتخفيض نسبة الرسوب فى الامتحانات وهى التى تكلف الحكومات والاهالى مبالغ ومجهودات طائلة ففى امتحاناتنا العامة مثلا وهى من الدقة بمكان . مثل امتحان شهادة الدراسة الثانوية فى قسميها نجد أن معدل الرسوب نحو ٥٠ فى المائة . فكأنما نصف ما ينفق على الطلبة يعاد انفاقه مرة أخرى لاعادة تعليمهم دروسا تلقوها من قبل وذلك مجهود كبير يمكن تخفيضه وتلافى معظمه

٢ — معلومات عامة عن أهم الامراض المتوطنة فى مصر

ان للامراض المتوطنة تأثيراً عاما على مجموع السكان عدا تأثيرها الخاص على الفرد والمقصود بالامراض المتوطنة تلك الامراض التى تنتاب سكان موقع جغرافى خاص ولا تتعداه الى غيره وأكثرها ناشئ عن عدوى الانسان بحشرات طفيلية خاصة بتلك المناطق . والتطفل كما تعلمون معناه أن تستمد الحشرة غذاءها من حشرة آخر بدون أن تفقدها حياتها فى الحال على أن تكون هذه الطريقة فى التغذية هى الطريقة العادية لهذه الحشرة ولا يمكنها أن تعيش بدونها فالبراغيث والبق حشرات طفيلية لانها تتغذى بامتصاص دم الانسان أو الحشرات ولا يمكنها أن تسيغ أى مأكول عدا ذلك

والتطفل على درجات متفاوتة فبعض الطفيليات تقنع بزيارة مضيفها وقت احتياجها للغذاء ثم تتركه بعد ذلك كالبراغيث والبق مثلا وبعضها يسمو الى درجة أعلى من ذلك فيتخذ من مضيفه مأوى يلجأ اليه علاوة على التغذية وهذا المأوى قد يكون على سطح الجسم كحال القمل أو يكون داخل الجسم وربما كان داخل الاوعية الدموية نفسها وذلك أرقى درجات التطفل . فديدان البلهارسيا مثلا تعيش داخل الاوعية الدموية لتستمد من مضيفها الغذاء ولا تعانى تعباً فى طلبه فهى سابحة فيه ابدا لا تتعرض للاختلافات الجوية من حرارة لاتطيقها الابدان أو برودة قارصة . فهى دائما أبداً متمتعة بدرجة من

الحرارة ثابتة لا تحتاج الى وسائل الدفاع عن نفسها فقد تحصنت داخل حصن حصين لا يطرقه سواها بل هى لا تحتاج الى عيون يواقظ لتهديها طريقها لانها تعيش فى ظلام دامس ولا تخاطر بنفسها خارج مأواها الانيق

ولكن هذه الحشرات العجيبة بتطورها قد فقدت مزية الحياة الحرة فصارت حياتها مرتبطة بحياة مضيفها بخلاف الميكروبات (البكتريا) فهى تعيش فى جسم الانسان ولكنها تعيش أيضاً لمدد متفاوتة خارج جسمه ولذلك نشأ التفاوت العظيم بين تأثير الامراض الناشئة عن كل من هذين النوعين من الاحياء فالامراض الميكروبية أكثرها وبائية تنتشر بسرعة وهى أمراض حادة تقتل المريض فى مدة وجيزة وتنتقل منه الى سواه حتى بعد مماته حيث تكمن جراثيمها فى ثيابه ومتاعه ومسكنه أما الطفيليات فلا تحدث للمريض الا ضرراً يسيراً يمكن أن يتحمله لمدة ما وتبقى ملازمة له شهوراً واعواماً وفى بعض الاحايين طول حياته وربما يتبادر الى ذهن حضراتكم من هذه الخلاصة الوجيزة أن الامراض الطفيلية أخف وطأة واسلم عاقبة وذلك صحيح فقط من وجهة نظر المريض فامله فى الحياة كبير اذا أصيب بالامراض الطفيلية ولكنه مهدد بالموت فى حالة الامراض الوبائية ولكننا اذا بحثنا المسألة من وجهة صالح المجموع لانقلب الحال فالامراض الطفيلية تنهك قوى الافراد ولا تودى بحياتهم وكلما طالت حياتهم وكثر تنقلهم نشروا عدواهم فى طول البلاد وعرضها فتصاب بها نسبة كبيرة من السكان فيصير مجموع الامة ضعيف القوى البدنية والعقلية ولا يمكنه المكافحة فى ميدان العمل وبالعكس فالامراض الوبائية هى نقمة من طيها نعمة فهى شديدة مخيفة قاتلة ولكنها تنتزع من بيننا الضعيف وتترك القوى ومن يسلم منها فقد اكتسب مناعة تقيه شرها طول حياته فهى بذلك تساعد على بقاء الاصلح

ومن ذلك ترون شدة خطر الامراض الطفيلية. ومبلغ اعاقتها لتقدم الامم

ولكى أبين لحضرتكم ماهية ما ذكرت سأشرح لكم تاريخ حياة الانكلستوما وهى تلك الديدان التى تسبب فقر الدم الذى يدعى عند العامة بالرهقان والى عهد قريب فى الكتب الطبية باسم « فقر الدم المصرى » نظراً لانتشاره بين سكان هذا القطر

فالانكلستوما هى ديدان صغيرة من نوعين ذكر وأنثى لا يتجاوز طول الواحدة منها سنتيمترا ونصف . والانثى أطول من الذكر قليلا ويسكنان فى امعاء الانسان الدقيقة وهى تعلق بالغشاء المخاطى باسنانها الشبيهة بالخطاطيف ولذلك يطلق عليها العامة فى أمريكا اسم ديدان الخطاطيف (Hsokworms) وتتغذى على الغشاء المخاطى فتحدث به قروحا تسيل منها الدماء وتنفث فى جسم الانسان سموما من غددها فتسبب له المرض المعروف بالرهقان

والضرر الذى ينشأ من دودة واحدة من ديدان الانكلستوما ضئيل جداً ويتزايد ضررها كلما كثر عددها فى الامعاء ولا تكثر هذه الديدان بالتوالد داخل جسم المصاب ولكنها تكثر بتكرار العدوى . فمثلا اذا دخل فى جسم شخص عشرة أجنة فلا يزيد عددها داخل أمعائه مهما طال عليه الزمن ولكنه قد يصاب بالعدوى بمقدار آخر يدخل جسمه من الخارج اذا تعرض لاجنة أخرى وهذا بخلاف الامراض الوبائية الناشئة عن الميكروبات مثل التيفود فاذا تعرض الشخص لعدوى هذا المرض وابتلع أى عدد من ميكروباته فانها تتكاثر بسرعة وتنتشر فى كل جسمه وعلى ذلك فان قلة أو كثرة عدد الميكروبات المسببة لعدوى التيفود ليس لها أثر يذكر فى سير المرض

وتتناسل الانكلستوما بوضع بويضاتها فى الامعاء ولا تفرخ هذه البويضات داخل الجسم ولكنها تترك الجسم مع المواد البرازية فاذا تعرضت تلك المواد للهواء والدفء والرطوبة تفقس فى مدة ٢٤ ساعة وتخرج أجنة لا تكاد ترى بالعين المجردة وتتغذى الاجنة على عدوى الانسان باختراق جلده اذا ما لامس

جسمه مكانا به تلك الاجنة وتتبع داخل الجسم طريقاً طويلا حتى تصل الى مقرها الاخير فى الامعاء

وقد تفضل حضرة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا وكيل وزارة الداخلية للشئون الصحية فسمح بان يعرض أمام حضراتكم لاول مرة شريط السينما الذى أعدته مصلحة الصحة لا يضاح تاريخ حياة الانكلستوما وأثرها وعلاجها وطرق مقاومتها فلسعادته عظيم الشكر

وترون مما سبق أن العدوى بالانكلستوما سهلة الانتشار لان عادة التبرز فى الخلاء وبجوار مجارى المياه كما هى الحال فى القرى وكثير من المدن تجعل لبويضات الانكلستوما مرعى خصباً للافراخ والنمو وانتقالها الى الانسان وقد سلمت أوروبا من هذا المرض خصوصاً الجزء الشمالى منها لعدم توفر عامل الحرارة الضرورى لافراخ بويضات الانكلستوما وبذلك نجا أهلها من شره الوبيل ولو عنى سكان هذا القطر بالامتناع عن تلويث الارض وجداول المياه لأمنت البلاد شر هذا المرض ولكن هذه الامنية عزيزة التحقيق فى الوقت الحاضر نظراً لجهل السواد الاعظم تلك العادة وعدم توفر المراحيض

واذا نظرنا الى حالة الاطفال فى القرى لوجدنا أنهم يتعرضون لعدوى هذا المرض حالما يستطيعون السير على أقدامهم فى الطرق وحول القرية حيث فضلات بنى الانسان وتلك العدوى ليست من الشدة بحيث تلزمهم الفراش وتستلفت أنظارهم لانها بطيئة الفعل كما قدمنا واذا شب الطفل فانه لا يشكو من اعراض خاصة ومهما ظهر عليه من الفتور والضعف وشحوب اللون فانه لا يظن ذلك لمرض عنده لانه لم يتمتع فى حياته بالصحة الحقيقية وانما لا يشكو الا فى الحالات التى تتكرر فيها العدوى فيتكاثر عدد الديدان فيقعده المرض عن العمل وربما الزمه الفراش . وبمرور الاعوام يظهر جلياً عظم أثر المرض فى نمو عقل الطفل وجسمه والعقل أشد تأثرا من الجسم بتلك العوامل الضارة رغم خفائه

بينما يسترعى الانظار تأخر النمو الجثمانى فكثيراً ما يرى وقت الاقتراع اشخاص يبدو للناظر انهم دون البلوغ مع انهم حوالى سن العشرين

وليس لعدوى الانكلستوما اعراض خاصة يسهل تمييزها بها خصوصاً فى العدوى البسيطة ولكن يبدو أثرها ببعض الانحطاط فى القوى الطبيعية مما يصعب حتى على الطبيب معرفة سببه الا اذا فحص البراز ميكروسكوبيا ووجدت بويضات الانكلستوما ولذلك نصح كثير من علماء الطب بفحص براز كل مريض فى المناطق الحارة للتحقق من عدواه بالطفيليات ويؤكدون أنه باتباع هذه الطريقة يتوصلون لمعرفة سبب المرض فى كثير من الحالات قبل فحص المريض بالطرق العادية وأهم ما شوهد على الاطفال المصابين بالانكلستوما :

١ — عدم المقدرة على الاصغاء للدرس طول الوقت لانه بعد مضى وقت قليـل تمل قوى التلميذ العقلية وينصرف الى عمل لا يستدعى مجهوداً عقلياً فينام أو يلهو بعمل يدوى مثل فتح الدرج أو يشغل نفسه بمحادثة جاره

٢ — ضعف الذاكرة اذ ثبت أن كثيراً من هؤلاء الاطفال يجدون فى المذاكرة ليلا بشهادة آبائهم ولكنهم ينسون فى الصباح ما اجتهدوا فى حفظه ليلا

٣ — قذارة هؤلاء الاطفال وتطبعهم بعادة الكذب والجبن وتلازمهم هذه الصفات الرديئة فى حياة الرجولة مضافا اليها الاستسلام وعدم التطلع الى التقدم والقناعة بالقليل من العيش

٤ — البطء فى الاجابة حتى عن الاشـياء العادية كالسؤال عن اسم أو صناعة أبيه والميل الى تكرار السؤال الملقى عليه

٥ — كثرة عدد الراسبين والمتأخرين فى الامتحانات المدرسية وقد دلت المباحث التى قام بها المدرسون فى مدارس جمعيات التبشير فى اوغندا أن أكثرية الراسبين فى الامتحانات مصابة بالانكلستوما حتى انهم اتبعوا

عادة اعطاء الدواء الطارد للانكلستوما لكل التلاميذ المتأخرين فى الامتحانات وقد أثمرت هذه الطريقة وأتت بنتائج حسنة

٣ — مبلغ تأثير هذه الامراض فى نمو الاطفال العقلى

وللتحقق من تأثير مرض الانكلستوما بالدقة وتقدير ما يسببه من التأخير فى القوى العقلية قد أجريت تجارب فى استراليا (كوينز لند) قام بها باحثان كل منهما من وجهة خاصة فاحدهما قام بتقدير القوى العقلية والثانى بفحص البراز ميكروسكوبياً للتحقق من وجود بويضات الانكلستوما وذلك لكى لا تؤثر نتائج أحد الفحصين فى الفحص الآخر فى حالة ما اذا قام بهما باحث واحد

وقد قام هذان الباحثان بفحص ٣٤٠ طفلا من تلامذة المدارس تتراوح أعمارهم بين السادسة والرابعة عشر فكانت نتيجة الفحص الميكروسكوبى أن ١١٦ منهم كانوا غير مصابين بعدوى الانكلستوما وان ٦٥ وجدت بهم عدوى بسيطة وان ١٥٩ وجدت بهم عدوى شديدة وكانت نتيجة التأخر العقلى بطريقة بينييه وسيمون تقدر بمعدل تسعة شهور لمن كانت عدواه بسيطة وأربعة وعشرين شهرا لمن كانت عدواه شديدة وقد شوهد أن الاطفال المصابين أبطأ فى الاجابة فيستغرقون ١٤ ثانية للعد من ١ — ٢٠ بينما يستغرق الاطفال الاصحاء ١٢ ثانية

وقد اتضح أيضاً من هذه التجارب أن التأخر العقلى بسبب عدوى الانكلستوما يزيد مع تقدم العمر فقد بلغ متوسط التأخر فى الاطفال الذين هم فى الثامنة من العمر ٦,٦ شهرا وفى الاطفال الذين هم فى الحادية عشر ١٩ شهرا والذين هم فى الرابعة عشره ٩ ,٢٥ شهرا

ونظراً لعدم وجود مقياس لتقدير الذكاء فى مصر كما سبق الاشارة اليه فلا يمكن اعطاء أرقام تبين مقدار تأثير المرض فى مصر ولكن يرجح ان

يكون أثر المرض هنا أشد كثيراً مما هو فى استراليا للاسباب الآتية

١ — ان نوع ديدان الانكلستوما الموجودة فى استراليا Necator Americanos أقل ضرراً من النوع الموجود فى مصر Ancylostoma duodenale

٢ — أن مبلغ انتشار العدوى فى استراليا أقل بكثير مما هو عليه فى مصر فبينما هى ٢٠ فى المائة فى استراليا فهى حوالى ٥٠ فى المائة فى مصر

٣ — أصابة أغلبية عظمى من السكان بمرض البلهارسيا فى مصر علاوة على أصابتهم بالانكلستوما وربما كان أثر العدوى بالبلهارسيا فى النمو العقلى والبدنى أشد بكثير من أثر الانكلستوما . والبلهارسيا تكاد تكون معدومة فى استراليا

واذا كان ما قدمناه هو مبلغ أثر تلك الامراض فى الاطفال فانه لا يكون أقل خطورة فى الشبان والرجال بل هو يتزايد بمرور الاعوام ويعزى تأخر الامم التى تسكن المناطق الحارة والمناطق القريبة منها الى تأثير هذه الامراض الطفيلية خصوصاً الانكلستوما والملاريا والبلهارسيا وخير مثال يوضح ذلك هو حال الشعوب الاوروبية التى نزحت الى أمريكا بعد استكشافها وقد تفرقوا فى جميع أجزائها فى المناطق المختلفة فهناك نرى أن الشعوب التى نزلت فى الشمال حيث الجو بارد قد بلغت مبلغاً كبيراً من التقدم والرقى رغم صعوبة المعيشة وبخل الطبيعة عليهم بخيراتها خصوصاً فى الزراعة وتربية الماشية بخلاف من نزل فى الوسط أو الجنوب من هذه القارة فانهم نزلوا فى مناطق غنية بمواردها الطبيعية حيث يكثر المرعى وتنمو الحاصلات بقليل من العمل ورغما عن ذلك فانهم قد تأخروا عن اخوانهم فى الشمال بل عن ابناء وطنهم الذين تركوهم فى أوروبا وقد عزى هذا التأخر الى وقت قريب الى تأثير حرارة الجو وعدم ملاءمته للشعوب الاوروبية الا أنه قد ثبت الان أن الاثر كله راجع الى الامراض الطفيلية التى تكثر فى مثل هذه المناطق الحارة ولا شك أنه اذا امكن التغلب علي أمراض هذه المناطق فان تلك البلاد تفوق البلاد الشمالية

تقدما ورقياً وقد حصل ذلك فعلا فى منطقة قناة بنما حيث قاوم الامريكيون الامراض المنتشرة هناك وأصبحت تنافس أرقى البلاد صحة ورخاء

مبلغ انتشار الامراض الطفيلية بين تلاميذ المدارس فى مصر

قامت مصلحة الصحة العمومية فى العامين الماضيين بفحص عدد كبير من تلاميذ المدارس للوقوف على مبلغ انتشار العدوى بالامراض الطفيلية بينهم وقد بلغ عدد المدارس التى فحص تلاميذها ١٨ مدرسة منها واحدة للبنات والباقى للبنين وتمثل هذه المدارس مراحل التعليم المختلفة فى جهات متفرقة من القطر فمن بينها ٨ مدارس أولية و ٣ ابتدائية ومدرسة صناعية ومدرسة ثانوية و ٤ مدارس عالية ومعهد دينى وبلغ عدد من فحصوا فى تلك المعاهد المختلفة ٢٤٢٠ تلميذاً وكانت النتيجة كما يأتى

اسم المعهد	عدد التلاميذ الذين فحصوا	بلهارسيا	انكلستوما	طفيليات أخرى	نسبة المصابين
المعاهد الاولية					
ملجأ الاطفال بشبرا	١٥٨	٤٦٪	٢٢	٣٢	٦٦
السلطان حسين بطره	١٦٧	٧٩	٣٧	٧٦	٩٣
العمرى بدسوق	١١٣	٤٣	٨	٦٦	٧٨
المكتب الراقى بدسوق	٦٦	٨٧	١٣	٥٣	٩٢
البرنس كمال بنجع حمادى للبنات	٢١	٥٢	لم يفحص		—
الاقباط بنجع حمادى	٢٤	٨٧	لم يفحص		—
مكتب صفط العنب	١٣٥	٨١	٧	٧٠	٩٢
المدارس الابتدائية					
الابتدائية بدسوق	٦٧	٢١	٢	٤١	٦٢
الجمعية الخيرية الاسلامية بدسوق	٢٠٠	٤٩	١١	٦٠	٧٨
الابتدائية بنجع حمادى	٥٤	٤٤	٠	١٢	٥٣

اسم المعهد	عدد التلاميذ الذين فحصوا	بلهارسيا	انكلستوما	طفيليات أخرى	نسبة المصابين
الصناعية					
الصناعية بنجع حمادى	٦٨	٧٧	١٢	١٤	١٠٠
المدارس الثانوية					
السعيدية بالجيزة	٣٧١	٣٦	٦	١٤	٤٥
المدارس العليا					
الحقوق بالجيزة	٢٩٠	١٢	٣ و	٣	١٥
الهندسة «	٢٦٧	١١	٠	٤	١٥
الزراعة «	٣٤	٤٣	٨	٨	٤٣
الطب البيطرى «	٣٨	١٨	٣	٩	٢٧
المعاهد					
معهد دسوق الدينى	٣٢٠	٧٤	١١	٤٦	٨٧

وتلاحظون حضراتكم فى هذه النسب أن كثيراً من التلاميذ مصاب باكثر من نوع واحد من الطفيليات وان تلك الحالة الصحية تدعو الى عظيم الاهتمام خصوصاً حال تلاميذ المدارس الاولية حيث يندر بينهم السليم من عدوى هذه الامراض التى أوضحت لحضراتكم مبلغ تأثيرها فى نمو الجسم والعقل وان هذه النسبة تقل تدريجياً بتدرج مراتب التعليم فهى أقل ماتكون فى المدارس العالية خصوصاً مدرستى الحقوق والهندسة

وهذه النتيجة قدتدعو الى التساؤل عن سبب تناقص العدوى كلما ارتقت مراحل التعليم غيرأن ذلك قد يعزى اما الى ان التلاميذ المصابين بعدوة شديدة فى طفولتهم لا يتمكنون من الاستمرار فى تخطى درجة التعليم الاولى وان جازوه فلا يتخطون درجة التعليم الابتدائى وهكذا فى بقية مراتب التعليم

واما الى أن هؤلاء الأطفال عند ما يدخلون المدارس ويعودون النظافة ولبس الاحذية لا يتعرضون للعدوى مرة ثانية ويشفون مما كان بهم أولا بمرور الزمن شفاء طبيعياً . ولا يمكن أن يقال على وجه التحقيق أى السببين هو العامل الهام ان لم يكن ذلك راجع اليهما معا لان هذه المسألة لا تزال موضع البحث والاستقراء

ومما هو جدير بالذكر أن نسبة العدوى بهذه الامراض أخذت فى الازدياد خلال الخمسين سنة الماضية والسبب فى ذلك يرجع الى انتشار طرق الرى والصرف فى جميع انحاء البلاد وارتفاع منسوب الماء تحت سطح الارض لدرجة جعلت التربة رطبة صالحة لنمو أجنة الانكلستوما وأصبحت مجارى المياه الصغيرة خير مأوى للقواقع التى تعيش فيها أجنة البلهارسيا وتنتشر منها فى الماء

واذا كان هذا حال تلاميذ المدارس فى الوقت الحاضر فما بالكم بحال أبناء الفقراء الذين لا يستغنى آباؤهم عن مساعدتهم العملية رغم حداثة سنهم وهؤلاء هم الذين تسعى الحكومة فى نشر التعليم بينهم . انه لمن المؤكد أن حالتهم ستكون أسوأ مما أوضحته لكم الآن ولن يكون تعليمهم مثمراً ما لم تتخذ الاجراءات السريعة لعلاجهم والمحافظة عليهم من تكرار العدوى . وليس أدل على ما نقول من حال تلاميذ مدرسة الصنائع بنجع حمادى التى يؤمها أبناء الطبقات الفقيرة لتعلم حرفة يرتزقون منها فان جميعهم بلا استثناء مصابون بعدوى واحد أو أكثر من هذه الطفيليات

٤ — الطرق المثلى للتغلب على هذه الامراض بين طلبة المدارس

لو استمرت هذه الحال السيئة لكان من نتائجها أن جزاء كبير من الاموال والجهود التى ستبذل فى تعميم التعليم الاولى ستضيع هباء وربما أدى ذلك الى اليأس من تعليم الاطفال المصريين تعليما يتناسب مع مايحصله الاطفال فى الممالك الاجنبية الخالية من هذه الامراض وتتفق مع ما يبذل فى سبيلها من الاموال

ولكنه لو اتخذت الاهبة لعلاج تلك الحالة لأثمر تعليم الاطفال خير الثمرات وجاء بالنتيجة التى يرمى اليها رجال التعليم ومايصرف فى سبيل العلاج سيعوض أضعافاً مضاعفة بتقليل نسبة الراسبين ورفع مستوى التعليم

ومقاومة الامراض المتوطنة ليست أمراً هيناً فمما لاشك فيه أن مقاومتها أصعب بكثير من درأ الامراض الوبائية التى تهدد البلاد من الخارج فمامقاومة عدو مهاجم من الخارج كمحاولة اخراجه اذا دخل البلاد وانتشر فى أرجائها

على أن مقاومة هذه الامراض يمكن أن نصل اليها بالطرق الآتية :

١ — نشر التعليم — يعتقد الكثيرون أنه لا يمكن التخلص من تلك الامراض الا بنشر التعليم فلو تعلم جميع الافراد واجباتهم نحو مجموع الامة وألموا بالوسائل الصحية الواجب اتباعها وطرق انتشار الامراض والوقاية منها — ولا يتم ذلك الا اذا أصبح جميع أفراد الامة متعلمين تعليما راقياً — اذن لامكن التغلب بسهولة على أكثر الامراض فمثلا اذا علم كل فرد خطر تلويث الارض ومجارى المياه بالبراز واقتنع بما يحدث ذلك من الضرر على غيره من الافراد لامكن استئصال جرثومة البلهارسيا والانكلستوما . غير أن تعليم مجموع الامة مثل هذا التعليم ليس بالامر الهين ويحتاج الى عشرات السنين حتى يشمل افراد الامة أطفالا وشيوخا ولا نظن أن أنصار هذا الرأى الذين يعتبرونه الطريق الوحيد ابلوغ الغاية يوافقون على ترك الحالة الصحيحة كما هى عليه الآن حتى يتم تعليم طبقات الأمة بعد جيل كامل خصوصاً وان هذه الامراض نفسها عقبة كؤود فى سبيل التعليم كما أوضحت لحضراتكم

هذا وانتشار التعليم لا يفى بالغرض المقصود ما لم تتوفر الوسائل الصحية التى يستغنى بها الافراد عن تلويث الارض بفضلاتهم وهذه مسألة اقتصادية يصعب التغلب عليها وليس فى مقدرة الفلاحين مالياً أعداد مراحيض بمنازلهم فى الوقت الحاضر ولا يخفى عليكم أن أكثر منازل القرى خالياً من مثل هذه

المعدات الصحية والقليل منهـا الذى به مراحيض فانها تكون بؤرة لانتشار تلك الامراض لقذراتها وصعوبة تنظيفها

فالتعليم اذن لا يصلح أن يكون الاداة الوحيـدة لمقاومة تلك الامراض ولكنه عامل لا يستهان به فى الوصول الى الغرض المذكور

٢ — الوقاية هى خير الطرق فى مقاومة تلك الامراض ولكن دونهـا صعاب جمة ولا يزال البحث جاريا للوصول الى أفضـل طرق الوقاية وأنجحها عمليا وللان لم نصل بعـد الى طريقة سهلة التطبيق للوقاية من البلهارسيا والانكلستوما فمع أنه من الوجهة النظرية يمكن منع العدوى بالامتناع عن تلويث الارض ومجارى المياه وعدم التعرض للاماكن الملوثة بعدم الشرب والاستحمام والعمل فى مجارى المياه أو السير بالاقدام العارية فى الارض الرطبة الملوثة الا ان ذلك لا يمكن تنفيذه فى بلاد كبلادنا طريقة يشتغل معظم أهلها بالزراعة ولا يتيسر لاكثرهم لبس النعال ويرمى الباحثون الان فى طرق المقاومة الى ايجاد طريقـة لا يعتمد فى تنفيذها على الجمهور اذ لا يصح الاعتماد على الجمهور فى هذه المسائل اذا أريد نجاحها

٣— العلاج — قد يبدو لاول وهلة أن العلاج ليس وسيلة لمقاومة تلك الامراض ولكن قد ظهر أن العلاج من الانكلستوما هو أنجح الطرق المعروفة الان لمقاومة هـذا المرض بشرط أن يعالج جميع السكان فى منطقة واحدة فى أقل زمن ممكن اذ أن مبلغ انتشار العدوى يتوقف على نسبة المصابين به لان كل فرد مصاب هو مصدر للعدوى فاذا شفى المصابون جميعاً فى وقت واحد لقضى على مصدر العدوى وتظهر هذه الطريقة من السهولة بمكان ولكنه عند تنفيذها تقوم فى سبيلها جملة صعوبات مثل امتناع بعض الافراد عن الفحص أو عن تنـاول العلاج أو عدم نجاح الدواء فى بعض الحالات والاحتياج الى تكراره

وقد يعترض البعض بأن لا فائدة فى العلاج اذا كان الشخص معرضاً للعدوى فانه لا يلبث بعد العلاج طويلا حتى يصاب ثانياً لان الامراض الطفيلية أمراض مزمنة لا يظهر أثرها الا بعد مرور زمن طويل يقدر بالسنين . فلوأن شخصاً عولج وشفى ثم أصيب ثانياً بعد قليل فانه لا يعود لحالته المرضية الاولى الا بعد مضى عدة سنوات يتمتع خلالها بقسط كبير من الصحة البدنية والعقلية وعند عودة المرض يكون من السهل اعادة العلاج و يستمر ذلك الى أن تتوفر وسائل الوقاية

نرى مما تقدم أنه لابد من اتباع الطرق الثلاث سالفة الذكر فى وقت واحد مع زيادة الاهتمام بواحدة أو اثنتين حسب الظروف والاحوال الخاصة أما فى حالة التلاميذ فمن الصالح علاجهم عند بدء حياتهم الدراسية حتى يمكنهم الاستفادة مما يلقى عليهم وأن يرشدوا الى النظافة واجتناب الاماكن الملوثة وأن يعاد فحصهم عند بدئهم فى كل دور من أدوار التعليم حتى اذا أصيب بعضهم خلال سنى الدراسة لا يترك للعدوى وقت يكفى لاحداث ضرر كبير فيفحص التلميذ عند دخوله المدارس الابتدائية وهكذا عند انتقاله الى المدارس الثانوية ثم العالية ويعالج كلما وجد مصابا ومن حسن الحظ ان كلا المرضين قد اصبح الآن قابلا للشفاء والعلاج اللازم سهل وقليل الكلفة. فقد بلغت مصاريف فحص وعلاج الشخص الواحد فى مستشفيات مصلحة الصحة الخاصة بعلاج الانكلستوما والبلهارسيا فى سنة ١٩٢٤ اثنى عشر مليما عن الانكلستوما ومائة وخمسين مليما عن البلهارسيا

تقرير ممثلى مصر

فى المؤتمر الاول العام لرعاية الاطفال

سيداتى وسادتى :

لا توجد صيغة للتعبير عن الواجبات الملقاة على كاهل كل الذين حضروا هذا المؤتمر كممثلين لدول كثيرة أدق وأصح من الصيغة الشهيرة التى قيلت فى هذه المدينة الكريمة منذ عامين « يجب على الانسانية أن تقدم للطفل أحسن ما تملك يداها »

وليست بنا حاجة لان نعرب لحضراتكم عن مبلغ اغتباطنا باختيارنا كممثلين لمصر فى أول مؤتمر عام للأطفال ولا لان نؤكد لكم بأن لنا أصدق رغبة فى أن نعمل باخلاص مع زملائنا المجتمعين هنا لدرس ما أسماه باستور بحق « نواة الجماعة الانسانية »

ونحن وان كان الغرض الهام من بعثتنا الرسمية أن نقدم تقريراً لحكومتنا شاملا كل الاجراءات التى اتخذت لرعاية الاطفال فى هذه المملكة — وفى الممالك الاخرى عما سنتبعه أو نراه فى هذا المؤتمر — الا أننا قد فكرنا أن الفائدة قد تكون أكثر وأعم لو أننا قدمنا لحضراتكم بعض معلومات عن « وفيات الاطفال فى مصر » وأسبابها والطرق التى اتخذت لانقاصها

وفيات الاطفال بمصر

أنه لمن المدهش أن نرى نسبة وفيات الاطفال كثيرة جداً فى مملكة مشهورة باعتدال جوها تشرق فيها الشمس طول السنة وتربى فيها الاطفال برضاعة البان الامهات فبينما نرى النسبة ١٤٣ فى كل الف مولود (أطفال أقل من سنة واحدة) فى سنة ١٩٢٣ اذ هى ٦٩ فى بريطانيا العظمى للسنة عينها

والجدول الآتى يبين مجموع المولودين ونسبة وفيات الاطفال مدة خمس سنوات — من سنة ١٩١٩ الى سنة ١٩٢٣ — فى عموم القطر المصرى

السنة	عدد السكان	المولودون	وفيات أطفال أقل من سنة	نسبة وفيات لاطفال فى الالف
١٩١٩	١٢٨٦٦٧٠٠	٤٩٣٥٠٧	٦٣٢٦٤	١٢٨
١٩٢٠	١٣٠٤٢٤٠٠	٥٥٨٦٠٩	٧٦٢٥٩	١٣٦
١٩٢١	١٣٢٨٨٧٠٠	٥٥٨٨٩٨	٧٤٦٠٤	١٣٣
١٩٢٢	١٣٤٧٤٣٠٠	٥٨٢٦٢٢	٨١٤٠٣	١٣٩
١٩٢٣	١٣٧٠١٦٠٠	٥٨٨٨٥٥	٨٤٣٩٩	١٤٣

وأما نسبة الوفيات فى المدن الكبرى المكتظة بالسكان فهى أردأ مما سبق بكثير والجدول الآتى يوضح نسبة وفيات الاطفال فى أكبر مدينتين خلال المدة من سنة ١٩١٩ الى سنة ١٩٢٣

المدينة	نسبة الوفيات فى الالف — أطفال من سنة واحدة				
	١٩١٩	١٩٢٠	١٩٢١	١٩٢٢	١٩٢٣
القاهرة	٢٣٤	٢٥٣	٢١٨	٢٣٧	٢٣٦
اسكندرية	٢٥٨	٢٢٦	٢١٧	٢٠٣	٢٢٠

أسباب ازدياد نسبة وفيات الاطفال بمصر

ليس من الصعب معرفة هذه الاسباب وهى تتلخص فيما يأتى :

١) فى الصيف فى أشهر يونيه ويوليه وأغسطس — يشتد ارتفاع الحرارة ويتسبب عن هذا الارتفاع زيادة فى وفيات الاطفال فقد يبلغ متوسط درجة الحرارة فى خلال هذا الفصل مايقرب من ٨٠ فرنهيت (٢٥ سنتيجراد) فى الظل وفى غضون هذا الفصل يزيد النيل وتغمر المياه مساحات شاسعة من الارض فتمتزج الحرارة الشديدة بالرطوبة ومن المعلوم أن هذا

الامتزاج ضار جدا بحياة الاطفال — فالتلبك المعدى المعوى تشتد وطأته فى هذه الشهور وهو السبب المباشر لنحو ٣٠ فى المائة من مجموع وفيات الاطفال ويحصل نحو ٤٠ ٪ فى أشهر يونيه ويوليه وأغسطس

٢) ومن أسباب زيادة الوفيات بالقطر المصرى — كما فى غيره من الاقطار هو جهل عامة الشعب بوسائل العناية بصحة الاطفال وبواجبات الامومة الصحية والحكومة المصرية على علم تام بأهمية نشر التعليم لا من الوجهة العامة فقط بل من حيث الاساليب الخاصة بتربية الاطفال حتى تقل نسبة الوفيات للاطفال بالقطر المصرى وقد وضعت فعلا التمهيدات لهذا الغرض وأدخل علم الصحة من الوجهتين العامة والخاصة فى المدارس الابتدائية والثانوية لمدارس البنين والبنات على السواء وأما علم صحة الاطفال فأنه يدرس بصفة خاصة بمدارس المعلمات

٣) ومن الاسباب الداعية لاصابة الاطفال بأمراض عديدة . المساكن غير الصحية وازدحام السكان من الطبقات الفقيرة فى الاقاليم والمدن — فلقد بلغت نسبة الوفيات فى الاقاليم الريفية ١٢٢,٥ فى الالف عن سنة ١٩٢٥ بينما كانت النسبة فى الاقاليم الحضرية ٢٣٧ — وتعزى الاسباب التى من شأنها جعل الحالة غير مرضية الى ازدحام السكان بالمنازل مع فقدان وسائل التهوية وغلاء المعيشة فى البلدان والمدن

٤) ان القوانين الحالية الموضوعة لرقابة بيع المواد الغذائية غير كافية — ولو أن بائعى الالبان خاضعون لدرجة ما للرقابة غير أن ذلك لا يكفى للتأكد من أن الجمهور يحصل على البان خالية من الغش اذ أن القانون الحالى ليس شديداً للدرجة المرغوب فيها ولهذا تعد الحكومة قانوناً جديداً بنظام حلب وبيع الالبان وهنا يجدر بنا أن نذكر أن الحكومة المصرية ليست مطلقة الحرية فى وضع قوانين تسرى على رعاياها وعلى الاجانب على حد سواء ففى بعض

الاحوال يستدعى الامر قبل تنفيذ القانون على الاجانب أن تؤخذ موافقة أربعة عشرة دولة ويكفى لايقاف تنفيذه عدم موافقة احدى هذه الدول

أما أسعار اللبن فمرتفعة فى المدن الكبيرة مثال ذلك أن سعر اللتر من اللبن يبلغ خمس بنسات بينما يتقاضى العامل عشرة شلنات فى الاسبوع

٥) لا بد لنا عند فحص زيادة وفيات الاطفال فى القطر المصرى أن لا نغفل ارتفاع نسبة المواليد (٤٦ فى الالف) فالعلاقة بين المواليد ونسبة الوفيات المرتفعة قد شوهدت فى الممالك الاخرى وقد يرجع تفسير ذلك الى أمور اقتصادية كما يرجع الى أمور صحية فمثلا زيادة نسبة المواليد معناها زيادة عدد الانفس التى يعولها والد ذو دخل محدود وفى مسكن مزدحم

٦) وهناك نوعان من أمراض البنية لهما تأثيرهما فى زيادة الوفيات وهما الكساح والزهرى الوراثى فالكساح من غير شك منتشر فى القطر المصرى ولا سيما بين الطبقات الفقيرة والمتوسطة فى المدن ومن الاسف أن كشوفات الاحصاء لهذ الغرض غير معدة الان ويكفى أن أحدنا وهو مكلف بالعيادة الخارجية فى احدى المستشفيات الكبيرة قد لاحظ من المشاهدات الاكلينكية أن بين الاطفال الذين سنهم أربع سنوات فما دون ذلك توجد علامات المرض فى نحو ٤٠ ٪ من الاطفال المترددين على العيادة ولو كان الفحص الراديلوجى مستعملا لأظهر زيادة المصابين بهذا المرض ومن ذلك يتضح أن هذا المرض رغماً عما ينشر عكس ذلك يعتبر من الامراض المألوفة فى القطر المصرى — وأما البحث فى الاسباب المهيأة لاصابة الطفل بهذا المرض فان هذا موضوع لا محل له هنا واننا لنعتقد أن من العوامل الكبيرة المسببة له عدم توافر العناية الصحية وكذلك اطالة مدة الارضاع وأمراض الالتهابات المعوية المعدية الخ أما الزهرى الوراثى فما زلنا أمام صعوبات كثيرة قبله حيث أن أعراض هذا المرض تكون قليلة وغير محسوسة وكذا لا توجد

تسهيلات منتجة لعمل اختبارات واسرمان بين الحاملات والاطفال كما أنه ليس لدينـا احصاء الا عن بعض الحاملات اللواتى تقدمن لعيادات أمراض النساء ببعض المستشفيات وعن بعض اللقطاء الذين قبـلوا بملجأ الاطفال فى السنتين الاخيرتين ولقد كانت نسبة فحص دم الحاملات ٢٠ ٪ وللأطفال ٥ ٪ ولا يمكن اعتبـار نسبة الاصابة فى الحاملات هـذه قياساً للمجموع حيث أنه لا يتقدم منهن للعيادات المذكورة غير اللواتى يشكين تكرار الاجهاض

ومن دواعى الاسف أن مرض الزهرى ما زال آخذا فى الازدياد — كما يسرنا أن نقرر أنه قد أنشئت فى كثير من المدن والبلدان عيادات سرية لهذا المرض يعالج فيها المصابون

الاحتياطات التى اتخذت لانقاص عدد الوفيات

بالقطر المصرى

١) أعمال الحكومة

(١ العنـاية بالحوامل — لفتت مصلحة الصحة نظر جميع المستشفيات بالاقاليم الى أهميـة العناية بالحوامل حيث وضعت الرقابة التامة على الحاملات مع العلاج السريع للزهرى وقد أنشئت العيادات السرية فى جميع مستشفيات الاقاليم ووضعت التسهيلات لعمل الاختبارات البكترويولوجية والباتولوجية

(٢ العنـاية بالنفسـاء — تقدمت درجة كـفاءة المولدات ووضعت لهن التسهيلات الـكافية لتعليمهن فى جميع المستشفيات ويوجد فى الوقت الحـاضر ثمانى مدارس للدايات موزعة بالوجهين البحرى والقبـلى بالقطر المصرى ومن عهد افتتاح هذه المدارس منذ عشر سنوات قد تعلمت ١٥١١ داية وباشرن أعمالهن — مع العلم أنه مفروض على كل داية أن تحضر على الاقل ٢٠ حالة

ولادة كما تحضر محاضرات عن الولادة وعلم الصحة فضلا عن أنه مطلوب منها أن تساعد مدة شهر على الاقل فى مستوصف الاطفال

(٣ معاهد العناية بالوضع – هى المعاهد الخيرية ومستوصفات الاطفال لم يكن فى الامكان — لاسباب اقتصادية وغير اقتصادية — التفريق بين هذين المعهدين فالصعوبة القائمة من ناحية العمل هى من الخطورة بمكان — وأما الارشادات الفردية والعمومية عن المبادئ الاولية لعلم الصحة وواجب الامومة فمتبع القائها على الأميات اللواتى يحضرن — ويوجد بمصر فى الوقت الحاضر مستوصفات منها ١٣ تحت ادارة المجالس البلدية وقد بلغ ماتقدم لهذه المستوصفات أكثر من ٩٠٠٠٠ طفلا فى العام الماضى وبلغ عدد الزيارات نحو نصف مليون — وهذه المستوصفات تديرها رئيسات متمرنات يساعدهن عدد من الممرضات اللواتى يباشرن علاج الامراض البسيطة وأما الامراض القوية فتحول على الطبيب

وأما زيارات الصحة — التى برهنت على فوائد جمة فى الممالك — فقد بدأت فى القطر المصرى ولنا أمل فى مستقبل الايام أن نحصل على نتيجة سارة لاختيار الموظفين المتمرنين لتحسين هذا العمل

ولقد أصبح معهد الطفل الآن موضع العناية من حيث المعالجة من الأمراض المنتشرة كأمراض العيون التى بدئ بالعناية بها أولا ثم أمراض البلهارسيا والانكلستوما :—

ب) المسعى الخاص برقابة الاطفال

ان المساعى الفردية والخصوصية لترقية شؤون الاطفال فى مصر تبشر بالنجاح والفلاح فى مستقبل الايام كما يبشرنا اشتراك المرأة المصرية فى الشؤون العامة كما هو واقع الان بالخير العميم لمشروعات الاطفال

وتوجد الان فى القاهرة جمعيتان تسعيان لتحقيق هذا الغرض منهما جمعية

رعاية الاطفال التى بدأت عملها منذ ستة عشر سنة وأصبح لها مركز ومستوصف فى الاحياء الفقيرة بالقاهرة وقد وقع اختيار الجمعية حديثاً على قطعة أرض ستبنى عليها — كما هو منتظر — مستشفى ومعهداً للاطفال

أما الجمعية الثانية التى تعنى بمصلحة الاطفال فهى الجمعية المسماة بملجأ محمد على الذى تديره سيدات مصريات وله الان مستوصف

أما مستوصف اللادى كرومر فقد انشئ لذكرى وفاة اللادى اتيل استانكى كرومر أرملة اللورد كرومر المعتمد البريطانى فى مصر — ويوجد من هذه المستوصفات اثنان فى القاهرة وواحد فى الاسكندرية وقد انتجت هذه المستوصفات فائدة عظيمة من حيث العلاج والتعليم ويديرها رئيسات انجليزيات تساعدهن ممرضات مصريات

سيداتى وسادتى :

هذا هو مختصر عن حالة شئون الاطفال فى مصر وليست بنا حاجة للقول بأن الحكومة المصرية مهتمة بشأن الطفل ومقدرة للفائدة العظيمة التى ينتجها ازدياد النسل — هذا العامل الاساسى فى ايجاد القوى الحيوية للناس وتوجد وسائط كثيرة لتقليل وفيات الاطفال وهى موضع النظر والاعتبار — منها ما لا يستطيع الانسان تذليله كالطقس — ومنها ما لا يستطاع التغلب عليه الا بمرور الزمن كجهل مبادئ علم الصحة — ومنها ما يمكن التسليم به فى الحال كتسهيل وسائل العلاج والرقابة الطبية على الام والطفل

أن المستقبل ليبشرنا بأمل عظيم وأن الحكومة المصرية لآخذة بالنظر باهتمام فى جميع وجوه هذه المسائل وكل هذا يدلنا على يقظة الجمهور فى البلاد فقد أصبح يشعر بضرورة اشتراكه فى هذا العمل

القاهرة فى ٧ يونيه سنة ١٩٢٥

التطعيم والعدوى بمرض الجدرى

للدكتور كامل يعقوب طبيب مركز أبنوب

طالعنا فى العـدد الاخير من المجلة الطبية مقالا لحضرة الدكتور وصفى افندى عمر تحت عنوان « مشاهدات شخصية فى مرض الجدرى » . ولما كان حضرة الكاتب قد تمنى أن يكون مقـاله موضوعاً للبحث وكانت ادارة المجلة الطبية قد طلبت من أطباء المراكز أن يوافوها بآرائهم فى هذا الموضوع وفى غيره من مواضيع الامراض المعدية فقد اجترأت على الكتابة رداً على ماجاء فى المقال المذكور

ينحصر موضوع حضرة الكاتب فى ثلاث مشاهدات . الاولى خاصة بظهور مرض الجدرى فى طفل عمره أقل من شهر. ونحن لا نتعرض له فى ذلك فقد يصاب الطفل بالجدرى وهو فى أول شهر من حياته بل قد يصاب الجنين وهو فى بطن أمه اذا كانت أمه مصابة بنفس المرض

والمشاهدة الثانية تتعلق بنجاح عملية التطعيم فى شخص سبقت اصابته بالجدرى من مدة عشرين سنة . وهذا أمر مسلم به كذلك فقد يصاب الشخص بالجدرى مرتين أو ثلاث مرات . وقد تكون الاصابة الثانية أشد من الاولى

والمشاهدة الثالثة وهى المقصودة بهذا الرد خاصة كما يزعم حضرة الكاتب « بظهور مرض الجدرى فى الاطفال المتطعمين بنجاح بشكل شديد تعقبه الوفا » والحالة التى شاهدها هى حالة طفلة عمرها ثلاثة شهور تطعمت فى أول يونيه سنة ١٩٢٥ وعند طلب مناظرتها فى الاسبوع الاول عقب التطعيم أى بتاريخ ٧ يونيه

سنة ١٩٢٥ لم يعرضها أهلها على الحلاق بدعوى أنها ليست موجودة . وبعد ذلك بأسبوع خامر الحلاق الشك وألح فى طلبها وعند ما شاهدها وجده مصابة بالجدرى . وعندئذ شاهدها حضرة الطبيب أى فى يوم ١٤ يونيه فوجدها مصابة بالجدرى من النوع الشديد المختلط وبثرات المرض المتقيحة تكسو جميع جسمها. ولاحظ حضرته بشىء من الدهشة أن التطعيم الذى أجراه الحلاق كان ناجحا فى الوقت نفسه ومن ذلك استنتج أنه بالرغم من حصول التطعيم بنجاح قد يصاب الشخص بالجدرى بعد أيام قلائل وذهب الى أن هذه الحالة قد تعبث بأعظم الاكتشافات الطبية خطورة وهو المناعة التى يحدثها التطعيم ضد الجدرى . وقد فات حضرته أن يذكر لنا المدة التى مضت على مرض الطفلة عند ما شاهدها يوم ١٤ يونيه . ولئن كان قد فاته ذلك فيمكننا أن نحدد هذا اليوم بقدر ما يمكن من الدقة . وظاهر بداهة أنه فى ٧ يونيه كانت الطفلة مصابة بالجدرى وكان الطفح ظاهراً على جسمها والا لما أخفاها أهلها عن الحلاق وأدعوا غيابها بقصد التخلص من الاجراءات الصحية . واذا علمنا أن الطفح يظهر فى اليوم الثالث كان ابتداء مرض الطفلة هو يوم ٤ يونيه أن لم يكن قبل هذا اليوم . ومما يؤيد ذلك ان حضرة الطبيب شاهد الطفلة وبها بثرات مختلطة يوم ١٤ يونيه وبثرات الجدرى لا تتقيح وتختلط الا بعد مرور ثمانية أيام أو عشرة على الاقل من ابتداء المرض . واذا أضفنا الى ذلك دور الحضانة وهو اثنى عشر يوماً تقريباً تكون الطفلة قد أخذت العدوى يوم ٢٤ مايو سنة ١٩٢٥ ان لم يكن قبل ذلك التاريخ . وحينئذ تظهر لنا حقيقة هذه الحالة وهى أن طفلة أخذت عدوى الجدرى وقتاً ما ثم تطعمت بعد ذلك بثمانية أيام فلم يقيها التطعيم من الجدرى وانما نجح التطعيم . وهذه حالة كثيرة الوقوع وقد شاهدنا نحن أمثالها فى وباء الجدرى الذى انتشر سنة ١٩٢٠ فقد كنا نجد المخالطين يصابون بالجدرى بعد تطعيمهم بنجاح بأيام قلائل

وممـا يؤيد صحة ذلك ما قرره الدكتور باركس فى كتابه وهو بالحرف الواحد « اذا تطعم شخص ضد الجدرى بعد تعرضه للمرض بثمانيـة وأربعين ساعة فيجوز أن يقيـه التطعيم من المرض . أما اذا تطعم بعد تلك المدة فلا بد من حصول العدوى التى تكون خفيفة اذا كان التطعيم فى ظرف ثلاثة أيام وشديدة اذا كان بعد ذلك . أما نجاح وخزات التطعيم فيأخذ مجراه فى الوقت نفسه » وعلى ذلك لو كانت الطفلة تطعمت قبل يوم ٢٤ مايو لما أصابها المرض . وليست اصابتها دليلا على عدم نجاح التطعيم للوقاية بل على تطعيمها بعد فوات الفرصة

وقد استشهد حضرة الكاتب بأقوال طبيب صحة منشستر بأنجلترا وقال أن حالته جاءت مطابقة لاقواله . اما نحن فلم نر مطابقة بين الاثنين . لان طبيب الصحة المذكور يعتقد أنه « ليس هناك مناعة مكتسبة الا من التطعيم الحديث فكان الواجب اذا كان هناك شىء من المطابقة أن تحصل المناعة فى الطفلة التى نحن بصددها لان التطعيم كان عندها حديثاً وحديثا للغاية لدرجة أنه جاء متأخراً

ثم أورد حضرة المشاهد بعض أقوال طبيب صحة ليستر ليستشهد بهـا على الحط من أهمية التطعيم كعلاج واف ضـد الجدرى . ونحن لا ننكر أنه يوجد فى انجلترا نفسها التى يرجع لاحد أبنائهـا الفضل فى اكتشاف طريقة التطعيم جماعة ينشرون الدعوى ضد التطيم (Antivaccinators) . والانكليزى كفرد نزوع بطبيعته الى الحرية الشخصية المطلقة ويكره كل تقييد ولو كان فى ذلك منفعته. أما الكتاب منهم الذين يكتبون ضد التطعيم فهم مغرمون بالقيام فى وجه الحقائق التى أصبحت ثابتة مع الوقت ليشتهروا بالمعارضة . فاذا قلت لهم أن نسبة الوفيات بالجدرى كانت فى انجلترا قبل سنة ١٧٩٨ التى اكتشف فيها (Jenner) طريقة التطعيم من عشرة الى عشرين فى المـائة من مجموع الوفيات وأن هذه النسبة تكاد تكون معدومة اليوم لم ينسبوا الفضل فى ذلك للتطعيم بل لتحسن الحالة الصحية كما يدعى طبيب صحة ليستر. ولكن تحسن

الحالة الصحية لا يفسر لنا كما رد عليهم الدكتور باركس الامور الآتية :

أولا — أن وفيات الجدرى التى كان أغلبها فى الاطفال انتقلت بعد شيوع التطعيم للشبان والشيوخ

ثانياً — أنه فى المانيا حيث التطعيم اجبارى بعد السنة الثانية من حياة الطفل شوهد أن أربعين فى المائة من وفيات الجدرى كانت فى الاطفال الذين سنهم دون السنتين .

ثالثاً — ان الممرضين الذين يطعمون أثناء وباء الجدرى لا يأخذون العدوى بخلاف الذين لا يتطعمون

رابعاً — ان الاشخاص المطعمين اذا أصيبوا فيما بعد بالجدرى تكون نسبة الوفيات بينهم قليلة جداً . وتكون نسبة الوفيات متمشية عكسياً مع عدد وخزات التطعيم الناجحة .

خامساً — المناعة التى يتمتع بها الالمان ضد المرض لانهم يمارسون التطعيم أجبارياً فى سن الطفولة ويعيدونه فى سن الشباب لدرجة أنه لم تحدث اى وفاة بالجدرى فى الجيش البروسى فى سنة ١٨٧٤ لغاية يومنا هذا. وأخيراً لم يشاهد أحد أن الظروف الغير صحية كانت تساعد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على حدوث المرض .

ومما نقله حضرة الكاتب عن طبيب صحة ليسستر أن الجدرى ظهر بشكل وبائى فى (middlesborongh) سنة ١٨٩٧ وان نسبة غير المتطعمين من السكان كانت ٢ ./. بينما بلغت حالات الجدرى ١٤١١ حالة . ولم يذكر لنا حضرته نسبة المرضى أو المتوفين بين المتطعمين ونسبتهم بين غير المتطعمين لانها كانت طبعاً كبيرة جداً بين غير المتطعمين . ولكن هذه هى طريقتهم فى التدليل فهم يتعمدون ترك الاحصائيات التى لا تكون فى مصلحة نظريتهم . ولكننا نورد له احصائية الدكتور كولى فى هذا الموضوع عن الحالات التى دخلت

مستشفيات الجدرى بلندرة سنة ١٨٧١ وسنة ١٨٨١ فقد كانت نسبة الوفيات بين غير المتطعمين ٣٧ ٪ وكانت بين المتطعمين ٤ ٪ وذلك فى المرضى الذين سنهم دون الخامسة عشرة . أما فى المرضى الذين سنهم فوق الخامسة عشرة فقد كانت نسبة الوفيات ٣٨ ٪ عند غير المتطعمين .مع العلم بأن المتطعمين الذين كان سنهم فوق الخامسة عشرة لم يطعموا الا مرة واحدة أثناء الطفولة ولذلك كانت المناعة الناشئة عن التطعيم قد أخذت فى الزوال

ويخشى طبيب صحة ليستر كثيراً من خطر انتقال مرض الزهرى والحمرة الى الشخص السليم بواسطة التطعيم وهـذه هى الحجة التى دائماً يستغلها دعاة عدم التطعيم . بل قد يتغالى بعضهم الى حد القول بأن التطعيم قد ينقل مرض السرطان والجذام والخنازيرى والاسهال والنزلات الشعبية وسل المساريقا . ولكن ليس هناك الآن أى مجال للخوف مع استعمال النظافة الجراحية العادية ومع الاستغناء عن طريقة التطعيم من ذراع لذراع التى كانت مستعملة فى الزمن القديم لا سيما وان المادة الجدرية تحضر الآن بأقصى ما يمكن من العناية. وعلى ذلك فبالرغم من سفسطة دعاة عدم التطعيم سيبقى هذا الاكتشاف من أهم الاكتشافات الطبية وسيبقى (جينر) مكتشفه منظورا اليه ليس فقط «بالاحترام» بل كرسول الرحمة الذى خلص الانسانيـة من أهوال مرض مروع كان يحصد الألوف من الازواج ويشوه الجسم ويعمى البصر لمن لا يقع صريعاً فى ضحاياه

أسباب وطرق منع الكساح

بقلم وبستر وليونارد هل **A. Webester & Leonard Hill**

تعريب الدكتور حسن كامل بشبرا

الكساح هو من أمراض المدنية . ويوجد بكثرة فى مدن أمريكا العظيمة وأوروبا — حتى أنك لترى أن النادر من أولاد الفقراء ينجون منه . وقد

لاحظ Schmorl & Hansemann وغيرهم بعض اختلاف فى قلة المرض وكثرته باختلاف الجو . فقد شوهد أنه يزيد فى الشتاء عن الصيف . وكان أول من استنتج من مسألة التغيير الجوى مسألة تأثير ضوء الشمس هو بالم Palm ولذا يعزى اليه الفضل الأولى فيما تلى ذلك من الاكتشافات

الاسباب

ذكر كثير من النظريات عن الكساح فقيل زيادة التغذية أو الجوع الشديد أو التسممات المعوية وقلة استيفاء القوانين الصحية أو ارتباك وظيفة الغدد التى ليست لها أقنية . الا أن الفضل الاول لمن وضع النواة الأولى لبدء البحث الحديث يعود الى ملانبى mellanby عام ١٩١٨ حيث جرب أغذية مختلفة لكثير من كلاب صغيرة ونجح فى احداث الكساح فى بعضها — وأضاف لهذه الاغذية أشياء أخرى مختلفة ملاحظا فى اختباراته ما يطرأ على حالة التكلس فى العظام وأخيراً استنتج عدة حقائق شيقة أهمها أن الكساح ناتج عن نقص غذائى Deficiency disease أعنى أنه متسبب عن نقص شىء من الغذاء وهو الفيتامين وأن هذا الفيتامين هو فيتامين (ا) Vitami nA أو شىء يعادل فيتامين (ا) وقد وجد عادة أن الدهنيات التى تحتوى على فيتامين (ا) هى أول الاشياء الناجحة لمنع الكساح حيث وجد أن زيت السمك هو أحسنها

وبعد ذلك بمدة قصيرة جداً ظهرت أعمال بعض الامريكان نعنى منهم مكلان وسيموند وستلى وبارك وشرمان وبابنهيمير

Mecollum, Simmonds Shipley & Park & Sherman and Pappenheimer

فقد أوروا فى وقت واحد ومستقلين عن بعضهم ان الكساح يمكن احداثه فى الفيران بواسطة أغذية غير عادية من محتويات املاحها الغير عضوية

وأجمعت اختباراتهم مبتعدين عن فكرة الفيتامين كاية inorganie coustituent ان الذى يحدث الكساح هو نقص المواد الخام للهيكل العظمى اعنى الجير والفسفور فوجدوا أن الكساح يحصل اذا أعطى غذاء قليل فيه كمية الجير والفسفور أوكانت نسبة هذه الاملاح غير متعادلة . وقد أوروا على الخصوص أن الغذاء الذى يحتوى على أقلية من الفسفور يمكن تحويله الى غذاء كساحى بأعطاء كمية كثيرة من الجير وغرابة هذا البحث أن الفكرة السائدة كانت موجهة فقط الى فائدة الجير وحده فى صلابة العظام — الا أنه من الواضح أن الجير بغير كفاية من الفوسفور ليتحد معه يكون عديم الفائدة لتكوين العظم الحيوانى وقد أورى شرمان وبابنهيمى ان الشكل الذى يجب أن يعطى به الفوسفور هو . فقط فسفات غير عضوى أو فسفات عضوى فى جملة اشكال فى الاتحاد وقد أورى على الخصوص أن أحسن الاملاح هى الفسفات الغير عضوية القابلة للذوبان لمنع الكساح

هذه التجارب قد افسحت المجال لابحاث عظيمة عن نظرية النقص الغذائى المسبب للكساح . قال برنتونو Brentonneau الفرنسى أن زيت السمك (زيت كبد الحوت) هو العلاج المانع للكساح وأيده بالمشاهدات تروزو وغيره وبواسطة البحث الهستولوجى أورى مكلام وسيموند وشبلى وبارك أن زيت كبد الحوت يسبب تجمعا ظاهرا على طرفى العظام فى الفيران باملاح الجير أورى بارك نفس المشاهدات بواسطة الاشعة فى الاطفال الكسحاء

وقد أورى شيك chick ومن تبعه فى العمل فائدة زيت كبد الحوت فى منع الكساح

وقد فكر ملانبى أن مانع الكساح فى زيت السمك هو الدهن الذائب (ا) ولكن غيره شك فى أحقية النظرية فقال أن دهن الزبدة ولو أنه يحتوى على كمية عظيمة من فيتامين (ا) الا أنه عديم الفائدة ضد الكساح — وأورى

شريان وبابنهميير ان الغذاء الخالى من الفيتامين (ا) لايسبب الكساح واورى مكلان وشبلى شيمون وبارك بعد مقارنة دهن الزبدة وزيت السمك ان الأخير يحتوى على مادة فعالة فى منع الكساح . واورى هوبكن Hopkins ان الفيتامين (ا) يمكن اتلافه بواسطة الحرارة والتأكسد ، ولكن باجراء هذه العملية لزيت كبد الحوت وجد مكلام ومن سار على خطته ان زيت السمك لا يفقد خاصته فى علاج الكساح وهذه التجربة اوضحت عدم فائدة الفيتامين (ا) وان زيت السمك له خاصة غريبة فى علاج الكساح لم تعرف للآن

قوة الشعاع فى علاج الكساح

فى عام ١٩١٩ قرر الطبيب الألمانى هلدشنسكى Hulds chinsky انه عالج أطفالا مصابين بالكساح وشفاهم بواسطة الأشعة المنبعثة من لمبة الكوارتز الزيبقية Qnartz mercury vapour lamp وان الفائدة لم تكن موضعية فقط بل بتعريض احد الاطراف يشفى الطرفين

على أن أشعة الكوارتز الزيبقية تخرج أشعة أكثرها فوق بنفسجية وقد برهنوا ان الاشعة الفعالة هى الاشعة القصيرة الغير منظورة وان أشعة لمبة الكوارتز الزيبقية اذا رشحت من زجاج تصبح عديمة الفائدة فى علاج الكساح واورى (هس Hess) ومن سار على خطته انه امكنه علاج مصابة بالكساح بهذه الاشعة — وبرهنوا ايضا بفائدة مصادر أخرى للاشعة الفوق بنفسجية ضد الكساح مثل أشعة الكربون Carbon arc وأشعة الكادميوم Cadmium spark — وبواسطة انتخاب مرشحات ضوئية امكنهم بها منع بعض أشعة قوس قزح Spectrum اتوا بهذه النتيجة وهى ان الاشعة الفعالة هى التى طول تموجاتها ٣٠٠ .M.M او اقل

واورى هيس ومتبعوه ومكلام ومتبعوه أيضا أن أشعة الشمس تمنع الكساح — ومعلوم ان أشعة الشمس تمتد لغاية ٢٩٠ M.M. فى الجهة الفوق بنفسجية واذا رشحت أشعة الشمس من الزجاج تكون عديمة الجدوى لعلاج الكساج وقالت الآنسة Chick ومتبعوها بنجاح اشعة الشمس فى علاج الكساح فى أطفال كانوا يعيشون على غذاء كساحى وبالاجمال أظهرت هذه التجارب فائدة الاشعة الفوق بنفسجية فى علاج الكساح الصناعى فى الفيران

ولا بد لنا أن نعرف أن القوة الفعالة ضد الكساح فى الأشعة الفوق بنفسجية غير معلومة كالقوة الموجودة فى زيت السمك — والاطفال فى مدن بريطانيا يصابون بالكساح بالرغم عن أن غذاءهم لايحتوى على غذاء كساحى. فقط بوضع ملابس كثيرة على أجسامهم وحبسهم داخل المنازل فأذن يكون تعريض هؤلاء الاطفال للشمس أو لأشعة الكربون Arc lamp lights ذا أهمية عظيمة ضد الكساح

وقد أورى Aversen & Lenstrup & Howland & Kramer وكان كل واحد منهما مستقلا عن الآخر انه فى حالة الكساح تكون كمية الفسفور الغير عضوى قليلة فى الدم — وقد عرف أن كمية الفسفور فى الطفل الطبيعى هى ٥ ملليجرام فى المائة وفى الكساح تهبط النسبة الى ١ ملليجرام فى المائة وفى حالات الكساح المصاحبة للتيتانى Tetany يشاهد أيضاً أن كمية الكلسيوم فى الدم أقل من الطبيعى — هذه الابحاث أيدتها تجارب عديدة ولذا يمكن أن نأتى بهذه النتيجة (أننا نرى فى الكساح دائماً انخفاض كمية الكلسيوم أو الفسفور أو الاثنين معاً فى الدم) وفى الاطفال الكسحين نرى دائماً أن القليل هى كمية الفسفور الغير عضوى .

وبامتحان دم اطفال فى نيويورك أورى هس Hess تغير كمية الفسفور الغير عضوى باختلاف الجو وأظهر أنها تهبط فى الشتاء وتبلغ شدة الهبوط

فى مارس ثم تبتدئ ترتفع فى الربيع والصيف حتى تبلغ أقصى النهاية فى آخر الصيف — وهذه المشاهدة تظهر بجلاء فكرة (بالم) Palm كما ذكرنا سابقاً القائل من سنين عديدة مضت أن الكساح سببه قلة ضوء الشمس

ويمكننا أن نقول اذا كان الكساح ناشئا عن قلة الفسفور الغير عضوى أو قلة الكلسيوم فى الدم فيكون اذن تأثير زيت كبد الحوت أو الأشعة الفوق بنفسجيه — اذا قدرنا أنهما العلاج الناجح للكساح زيادة تركيز الدم بالفسفور والكلسيوم — وذلك هو ما برهن عليه كثير من المجربين وكان هيس Hess أول من رأى ارتفاع كمية الفوسفات العضوية فى الدم لمجرد تعريض الاطفال الكسحين للأشعة الفوق بنفسجه

افرسين ولنسترب وهولاند وكرامر Aversen & Lenstrup &H ouland & Kramer أوروا أن زيت السمك له نفس خاصية الأشعة الفوق بنفسجية ومكلان والعاملون معه أحدثوا الكساح فى الفيران باعطائهم أنواع الغذاء الآتية

(١) كمية الفسفور قليلة

(٢) كمية الكالسيوم قليلة

ولفيران أخرى أعطى نفس العلاج الا أنه أضيف اليه زيت سمك وامتحن هولاند وكرامر دم هذه الفيران فوجد

(١) الفيران التى أعطيت غذاء قليلا به كمية الفسفور كان الدم أيضاً به نفس المادة قليلة

(٢) كان فى دم الفيران فى النوع الثانى من الغذاء كمية الكاسيوم قليلة

(٣) وباعطاء زيت السمك للنوع الثالث من الفيران كان الكاسيوم والفسفور بكمية الطبيعة فى الدم

أما التغيير الهتولوجى فيتبع تمركز الدم بالكاسيوم والفسفور بشكل ظاهر من كل ماتقدم يمكننا أن نقول أن الكساح مرض غذائي يمتاز بقلة فوسفات

الكلسيوم فى الفطام ويصاحب ذلك قلة الكلسيوم والفوسفات الغير عضوية فى الدم وأن المرض يمكن علاجه طبياً وبالتجربة على الحيوانات باعطاء زيت السمك وأن القوة الفعالة ليست فيتامين (ا) A Vitamine ويمكن أيضاً علاجه بنجاح بواسطة قوة الأشعة الفوق بنفسجية

البقية فى العدد القادم

الياترين « Vatren »

فى علاج الدسنطاريا الأميبيـة

مع ملاحظة على نتائج الاستوفرسول « Stovarsol » فى بعض الحالات

بقلم فيلب منسن بار **Philip H. Manson-Bahr** (١).

الطبيب بمستشفى أمراض المنطقة الحارة بلندرة

وموريس **R. M. Moms** حكيم امتياز بالمستشفى المذكور

منذ دخل الامتين فى علاج المرض الاميبى سنـة ١٩١٢ أدخلت جملة تحسينات فى علاج الدسنطاريا الاميبية وأنه من المسلم به الآن تقريباً أن الأمتين وان كان ينفع مؤقتاً الا أنه لا يمكنه استئصال شأفة العدوى الاميبية من الامعاء حتى ولو أعطى بمقادير سامة . وعلى ذلك استعمل بكثرة بزموت الامتين اليودى « Emetine Bismuth Iodide » وبيودور الامتين « Emetine Periodide » فى علاج المرض ولقد برهن استعمالها على أنهما نافعان بذاتهما

---

(١) لما كنت لا أعرف عن الياترين شيئاً الى الان ولم أسمع به فى مصر ولما كان الاستاذ مانسون بار حجة وثقة فى مثل هذا الموضوع آثرت تعريب هذه القطعة اتماما للفائدة وسأجتهد فى تجربة الدواء بنفسي وأذكر النتائج فيما بعد — مترجمة عن لانست ١٢ سبتمبر

فى الاحوال الحادة والمزمنـة لدرجة كبيرة مع اخراج أكياس « cysts » الاميبا الهينولونيكية وهناك كثير من موانع استعمال أملاح الاميتين بشكل مستمر نذكر من جملتها أعراض التهوع والضعف الذى يصحب استعمالها وكذلك قابلية تولد أعراض التسمم بالامتين والغذاء القليل الذى يؤمر المريض بأخذه ويزاد على ذلك التأثير المهبط الذى يصيب العقل والجسم عقب استعمالها وفى بعض حالات الدسنطاريا الاميبية (يقدرها الثقات بدرجات مختلفة) تقاوم الاميبا العلاج بالامتين ويكون من العيب بعدئذ استمرار العلاج بالامتين لاحداث علاج تام مستمر

ووجود العينات المقاومة للامتين يعرفها المشتغلون بعلاج الامراض الحارة بكثرة بعد الحرب وكان لاجل هذا أن أدخل مهلن « Muhlens » و منك « Menk » العلاج بالياترين فى سنة ١٩٢١

الياترين« $\underset{9}{C}\,\underset{}{H}\,\underset{6}{O}\,\underset{4}{S}$ N I »هومركب مع اليود مع أكسى كوينولين وحمض السلفونك « Iodine » مع « exyquinoline-Sulqhonie Aeid »مع اضافة بى كربونات الصوداواليود متحد أتحاداً وثيقاً بحيث لا ينفصل بالغليان أو فى جسم الانسان وعلى ذلك لايحدث تسمم بودى . والياترين مستعمل فى المانيـا وهولاندا من عشر سنوات كمطهر للجروح ومنشط للانسجة ويصنع هـذا المركب فى معامل بهرنج و ماربرج لاهن فى المانيا تحت اسم باترين بيريستيم « Yatren Parisstmum » نمرة ١٠٥ ويمتص الدواء بسرعة بعد تعاطيه من الفم أو كحقنة شرجية ويفرز من الجسم غالباً فى البول ويمكن بيان ذلك بعد خمس أو ست ساعات بأضافة كلوريد الحديد « Fovie chloride » للبول فيكون مع الياترين لونا أخضرا

يعطى الياترين فى علاج الدسنطاريا الاميبية باحدى طرق ثلاثة . بشكل

حبوب كل واحدة تحتوى على ٠,٢٥ جرام او ٤ قمحات ويعطى حبتان فى اليوم
أو فى برشام تحتوى كل واحدة على ٠,٥ جرام أو ½ ٧ قمحات ويعطى برشامتان
فى اليوم من الفم أو بطريق الحقن من الشرج ويعطى ٢٠٠ جرام من محلول
يحتوى على من ٣ الى ٦ جرامات من الدواء تعطى كل يوم لغاية ٨ الى ١٤ يوما
متتالية ولقد نشر « مهلن و منك » فى سنة ١٩٢١ تقريراً عن حالتين مستعصيتين
من حالات الدسنطاريا الاميبية تم شفاؤهما بأعطاء الياترين من الفم والشرج
وعالج برت « Birt » فى شنغاى ٢٨ حالة بالغسيل الشرجى فقط وكان يستعمل
١٠٠ جرام من محلول ١٠ ٪ مرتين فى اليوم وانتهى بتقرير أنه علاج نافع
ولكنه ليس أنفع من العلاجات المستعملة قديما على ما قد يصاحبه من مغص
وتعنى وخصوصاً فى الحالات الحادة كنتيجة للحقنة . ولقد انتقد « منك »
طريقة العلاج هذه فقال ان كمية السائل قليلة وزائدة فى التركيز . ولقد نشر
كوينين « Kuenin » تفاصيل أربع حالات عولجت بالياترين وشفيت وكان
يعطى بالفم بمقدار ٣ جرامات فى اليوم لمدة ٨ الى ١٤ يوماً وفى التقرير الوحيد
الذى نشر بالانجليزية قال غردون « gordon » أنه عالج حالتين بالغسيل
الشرجى ونكستا بعد زمن قليل وكانت المقادير كما قررها « مهلن و منك »
أولا وأخيراً ثارت ضجة كتابية حول الموضوع سنعطى عنها بياناً فى آخر
هذه المذكرة

ولقد كانت لنا فرصة علاج أربع حالات فى الستة الاشهر الاخيرة من
حالات الدسنطاريا الاميبية فى أطوار مختلفة من الشدة بهذا الدواء ونحن
نقرر بوضوح أن التشخيص والعلاج كانا مضبوطين بالامتحان بواسطة
منظار المستقيم وهى طريقة أضبط من امتحان البراز وحده

الآتى هو مختصر لشرح الحالات الاربعة :

الحالة الاولى : عسكرى قديم . العدوى هندية . المدة خمسة أشهر . أعراض حادة . فقدمن وزنه أربع أحجار — وزن انجليزى — ووزنه الحالى ٩ أحجار ورطلان . التبرز أربع أو خمس مرات فى اليوم والبراز به دم ومواد مخاطية وعدد كبير من الاميبيا الهستولوتيكية الحية الخالصة . البحث بمنظار المستقيم : الغشاء المخاطى المبطن للمستقيم ظهر كقرحة كبيرة متسعة دامية وكان تجويف الامعاء ملآنا بمواد دموية منظرها مكون لصورة ناطقة لقروح الدسنطاريا الاميبية التى تشاهد بالمنظار . الحالة العامة للمريض ضعيفة

العلاج . — محلول ياترين ٢½ ٪ يعطى منه ٢٠٠،٠ سنتيمتر مكعب يومياً لمدة خمسة أيام وبعدمضى أربعة أيام يعطى دفعة أخرى (عشرة علاجات) وفى الوقت نفسه تعطى حبوب الياترين ١½ قمحة يومياً لمدة ١٩ يوماً النتائج :— انقطعت الانتاميبا من البراز الذى تكون وصار طبيعياً فى أربعة أيام وأعيد الكشف بمنظار المستقيم بعد ٢٣ يوماً من ابتداء العلاج وصارت القرحات القديمة عبارة عن سطح به أزرار لحمية غير منخفس ولا تدمى ولا يوجد تقرح حاد والصحة العمومية تحسنت كثيراً وبعدمضى شهر من تاريخ وجوده بالمستشفى زاد وزنه ١٨½ رطلا واستمر التحسين الآن لمدة أربعة أشهر على غذاء عادى

الحالة الثانية : تلميذ بحرى أخذ العدوى فى مورينيس من مدة سنة ونصف — أعراض حادة . فقد حجراً ونصفاً فى الوزن . عدد مرات التبرز ٤ — ٥ فى اليوم . اسهال . دم ومخاط فى البراز . عدد كبير من الانتاميبا الهستولوتيكية الحية فى البراز . تعالج أولا بحقن الأمتين ومسحوق عرق الذهب والبزموت والافيون وغيرذلك — مسافة البحث المستقيمى . لطخ محببة

متأكلة فى المستقيم وتقرحات محددة على امتداد النظر . والحالة العمومية ضعيفة .

العلاج : محلول ياترين ½٢ ٪ ,٢٠٠ سنتيمتر مكعب يومياً لمدة ٦ أيام مع حبوب ياترين ½١ قمحة يومياً لمدة ١٠ أيام

النتائج . انقطعت الانتاميبا من البراز الذى صار طبيعياً فى خامس يوم وأثبت وجود الياترين فى البول والبحث بالمنظار المستقيمى بعد مضى شهر أظهر أنزفة صغيرة كرأس الدبوس تحت الغشاء المخاطى وانخفاضات صغيرة فى الغشاء المخاطى مكان التقرحات القديمة وغير ذلك فالحالة طبيعية ولقد تحسنت حالة المريض العامة وزاد وزنه حجراً ولقد امتحن برازه خمس مرات — فى مدة الاربعة أشهر ونصف الاخيرة منذ خروجه من المستشفى واستمر تحسين حالته . وعدد مرات التبرز طبيعية وكذلك حالة البراز وليس به انتاميبا ولا أكياس

الحالة الثالثة . موظف بالمستعمرات . العدوى فى نيجيريا من مدة سنتين . أعراض حادة تذهب وتجىء لمدة سنة ولقد أصيب أخيراً بنزلة كبدية أميبية فقد ٣ أحجار ونصف فى الوزن . عدد التبرز خمس مرات فى اليوم والبراز يحتوى على مواد دموية ومخاطية وانتميبا حية طليقة

البحث بالمنظار المستقيمى — تقرحات أميبية ماسية الشكل مضبوطة فى المستقيم تمتد لفتحة الشرج والحالة العامة للمريض ضعيفة عولجت أولا . مرتين فى المستشفى للمرض نفسه . أخذ المريض ٤٢ حقنة أمتين (كل واحدة قمحة) وكذلك ٩٠ قمحة من الامتين فى نيجيريا ، ٧٢ قمحة من يودور الامتين البزموتى (على دفعتين) و ٥٢ قمحة من ثانى يودور الامتين (E·P·I) وأدوية أخرى وفى كل مرة تعاوده نكسة مع اخراج المواد البرازية الخاصة بالمرض فى مدة ٣ أسابيع

العـلاج الحالى . محلول ياترين ٤ ٪ يعطى ٢٠٠ سنتيمتر مكعب حقنة شرجية يومياً لمدة عشرة أيام (أى ٨٠ جرام ياترين وأيضاً أعطى المريض ١½ جرام يومياً بشكل حبوب من الفم لمدة ٣ أسابيع)

النتيجة تحسن عظيم فى الحالة العامة واسترد من وزنه حجرين وفى مدة ٦ أسابيع من نهـاية العلاج قرر أنه من يوم أن تعاطى الياترين يشعر كأنه شخص آخر . عدد التبرز مرة فى اليوم ومادة البراز ملونة وقد امتحن البراز احدى عشرة مرة فى الشهرين بعد ايقاف العلاج فـكانت النتيجة دائماً سلبية للاميبا والاكياس وقد سافر لنيجيريا أخيراً فى صحة جيدة

الحالة الرابعة. الرجل رجل عمل والعدوى فى جزائر الرأس الاخضر والمدة سنتان ونصف نـكسات حادة من وقت لآخر فى هذه المدة وأعراض حادة وقت دخول المستشفى . فقد فى الوزن حجراً

البراز . اسهال مرتان فى اليوم به دم ومخاط وأميبا حية نشطة

العلاج أولا . أخذ ٣٤ قمحة أمتين و ١٦ قمحة ثانى يودور الامتين وجرام نوفو أرسينو بنزول وغسيل بير منجنات البوتاسيوم

العلاج الآن : محلول ياترين ٢½ ٪ حقن شرجيه ٢٠٠ سنتيمتر مكعب لمدة ٦ أيام

الفحص بمنظار المستقيم فى آخر العلاج أورى لطخاً شافية ومحببة فى المستقيم

زيادة الورن ٩ أرطال فى مدة العـلاج وتحسن فى الحالة العامة . وبعد مضى ٦ أسابيع من انتهاء العلاج لم تظهر أعراض حادة ولـكن وجدت اكياس للأنتاميبا الهستولوتيكية فى فحص البراز وأخذ دفعة علاج بيودور الأمتين البزموتى وأعطى أخيرا وانقطع بسببه وجود الاكياس . واستمر فى تحسين وصحة جيدة لمدة الثلاثة الاشهر الاخيرة

النتيجة

ويمكن تلخيص النتيجة كالآتى : يمكن اعتبار الثلاث حالات الاولى أنها أعطت نتائج سارة باستمرار ولكن الرابعة غير ذلك قليلا ولكنها لم يكمل علاجها بالياترين ولقد استئصلت العدوى بعد ذلك بواسطة يودور الامتين البزموتى ونريد أن نبين لمن درس ملخصات الحالات السالفة الذكر درسا تاما أن للياترين فائدة سريعة ظاهرة فى الاعراض الحادة فهو يهلك الاميبا فى أربعة أيام بعد اعطائه كحقن شرجية

ومن رأينا انه اذا أريد أن يؤخذ أقصى ما فى العلاج من فائدة أن يستعمل الياترين حقنا شرجية كما يستعمل بالفم ولاجل عمل هذا بنجاح يجب أولا غسل الامعاء الاخيرة بمحلول ٢٪ كربونات الصودا قبل اعطاء الياترين كحقنة شرجية بربع ساعة ويجب عمل حقنة الياترين ببطء بواسطة قمع وامبوبة شرجية ويجب ابقاء محلول الياترين فى المستقيم القدر المستطاع من الزمن ثم بعد ذلك يخرج

وكان متوسط ما تبقى الحقن الشرجية فى حالاتنا نحو ثمانى ساعات واحيانا تبقى اثنتى عشرة ساعة ولا تظهر اعراض تسمم من امتصاص الدواء

ويقول كثير من الكتاب فى الموضوع أن للياترين أسهال خاص — مهلن دمنك وغيرهما — ولكن فى حالات الدسنطاريا الاميبية لم نلاحظ هذه الظاهرة ولكن فى حالات القولون الاخرى التى جربنا استعماله فيها كالتهاب القولون التقرحى والدسنطاريا المزمنة الباسيلية يظهر هذا العارض بسهولة وسرعة

الخلاصة

للياترين فائدة مؤكدة فى علاج الدسنطاريا الاميبيه وحالاتنا كانت محدودة العدد ولكنها كلها كانت أمثلة مؤكدة للدسنطاريا الاميبية وكانت النتائج باهرة ويظهر أنها مستمرة والعلاج بالياترين من جهة المريض أحسن العلاجات

التى عرفت فالتأثير السـام يكاد لايوجد وكذلك لا يوجد داع هام لتخفيض غذاء المريض طويلا ولمـا كان العلاج لايحدث تهوعا كانت مرضانا على غذاء يحتوى على السمك والبيض واللبن وعصائد اللبن والعيش المحمص طول مدة العلاج

مذكرة بعلاج الحالات بالأستوفارسول Stovarsol

ان العقبة الـكأداء فى علاج المرض الاميبى هو علاج الحالات المزمنة التى تفرز أكياس الانتاميبا الهستولوتيكية بعدان تنتهى الاعراض الحادة ولهذا السبب تعطى أقراص الاستوفارسول كما نصح مارشو Marchoux وهذا الدواء يعطى أقراصا كل واحد يحتوى على ٤ قمحات بالفم وهو يستعمل فى علاج الزهرى وهو مركب لحمض الزرنيخ مع الاستيل أكس أمينو فينيل

ولقد ذاعت كتابات كثيرة حول هذا الدواء ويظهر انه يوافق خاصة للحالات الخالية من الاعراض التى تفرز اكياس الانتاميبا والتى لايمكنها أو لا ترغب فى أخذ دور من العلاج بيودور الامتين البزموتى وتؤخذ واحدة من الاقراص بعد الافطار يوميا لمدة ١٤ يوما متتابعة يعقبها مثلها بعد مرور اسبوع حتى لا تظهر اعراض تسمم بالزرنيخ ولقد عولج طبيبان ممن كانوا يفرزون الأكياس بهذه الطريقة حديثا وانقطع ظهور الأكياس بعد ابتداء العلاج باسبوع ولقد استخلصنـا من ذلك أن اعطاء الاستوفارسول فى نهاية العلاج مفيد وربما كانت فائدته أتية من تأثيره المقوى

ولقد شاهدنا حديثا حالتين من الدسنطاريا الاميبية نكستا وكانتا شديدتى المقاومة للعلاج بيودور الامتين البزموتى وكان شفاؤهما بواسطة الاستوفارسول

الحالة الاولى . كان المريض تحت الملاحظة مدة سنتين وربع أصيب أربع مرات بدسنطاريا اميبية بما فيها نكسة والتهاب فى الكبد وكان علاجه عبارة عن خمس دفعات علاج بيودور الامتين البزموتى كل دفعة تحتوى على ٣٦

قمحة ودفعتين علاج بثانى يودور الامتين وزيادة عن ١٠٠ قمحة من الامتين

وكان فى مرضه الاخير ضعيفا جدا وفقد زيادة عن حجر فى الوزن ومن أكتوبر سنة ١٩٢٤ أخذ دفعتى علاج بالاستوفارسول ٨ قمحات كل يوم وفى مدة الملاحظة الاخيرة من ابتداء سنة ١٩٢٥ تحسنت صحته جدا وزاد وزنه ٤٢ رطلا وشكل برازه طبيعى ولا يحتوى على أميبا أو أكياس

الحالة الثانية — رجل أخذ العدوى فى يافا فى سنة ١٩٢٢ وعولج هناك بالأمتين وبيودور الامتين البزموتى وعرق الذهب ولقد حصلت له نكسة حادة فى انجلترا فى يونيه سنة ١٩٢٤ عولج لاجلها بيودور الامتين البزموتى ٢٤ قمحة ثم عاودته النكسة بعد ذلك بأربعة أشهر ثم أعطى بعد ذلك الاستوفارسول بمقادير كبيرة ١٢ قمحة يوميا لمدة ١٤ يوما

وبعد ذلك أعطى قرصا واحدا من الدواء يوميا لمدة شهرين ومن وقتها لم يحدث له أعراض ولقد امتحن البراز بعد فترات متعاقبة خمس مرات وكذلك بعد رؤيته آخر مرة فى مايو سنة ١٩٢٥ وكان فى صحة جيدة ولقد استرد قوته العادية

الخلاصة

وعلى ذلك يمكننا اعتبار الاستوفارسول مساعدا هاما فى علاج الدسنطاريا وليس عندنا ما يدل على انه يؤثر كقاتل للاميبا ولكن له تأثيرا علاجيا نافعا فى الدور المزمن للمرض ويمكن وصفه للحالات التى تقاوم الامتين ومركباته أو التى لا تحتملها

ولما كان يصاحب امتصاص الزرنيخ من هذا الدواء بعض أعراض تسمم منه فيحسن الا يزيد المقدار على قرصين يوميا (٨ قمحات) لمدة أسبوع أو قرص واحد (٤ قمحات) يوميا لمدة ١٤ يوما ؟

الدكتور محمد مبارك
بشبين الكوم

حالات تسمم بالبنزين Benzine

البنزين المستعمل طبيا هو البنزول Benzine او enzolB ولكن البنزين المستعمل لادارة الآلات هو Benzine

ويوجد بالسويس معملان لتكرير البترول الوسخ واستخراج الكروسين والبنزين النقى Benzine المستعمل فى ادارة الآلات

ولقد حضر اخيرا الى مستشفى السويس الاميرى ثلاث حالات تسمم بهذا البنزين واهم ما يراعى فى هذه الحالات الاعراض الخاصة بل واهم من ذلك تشابه تلك الاعراض مع اعراض الكوليرا

ولقد نشأ التسمم من انفجار بعض صمامات مواسير البنزين و بذلك دخل شىء من البنزين فى فم المصاب وكثير من غاز البنزين فى رئتيه وظهرت فى الحال اعراض التسمم ولقد كانت متشابهة فى الحالات الثلاث وتلك الاعراض هى فى الاول اختناق خفيف واغماء ثم قىء واسهال شديدان ويصحب الاسهال دم ومخاط وضعف فى النبض وبرودة سطح الجسم وظهور عرق عليه تلك هى اهم الاعراض الظاهرة ومنها يتضح ان هناك بعض الشبه بينها و بين اعراض الكوليرا حتى ان بعض تلك الحالات ارسل للاشتباه فى الكوليرا ومن باب الاحتياط فحص البراز للكوليرا وبالطبع وجد سلبيا واهم النقط التى تفرق بين اعراض التسمم بالبنزين واعراض الكوليرا هى :

(١) وجود المريض بمعمل بترول وتسرب البنزين الى جسم المصاب

(٢) عدم ارتفاع درجة الحرارة

(٣) لون البراز لايشابه لون براز الكوليرا فضلا عن وجود دم ومخاط به بكمية كبيرة

وقد شفيت الحالات الثلاثة فى مدة يومين م

الدكتور أمين غالى

بمستشفى السويس الاميرى

كتاب

Biological Therapy

أصدر محل بارك دافيز وشركاهم بلندن فى انجلترا كتابا صغير الحجم عن Biolog. Therapy يستعمله رجال الطب ويحتوى هذا الكتاب على مقتطفات فى أهمية العلاج بالطعم والمصل Phlycogen Therapy وعلاج الغدد Gland Therapy وتشخيص وبروتنى Sensitization وبالكتاب أيضاً قوائم باسماء جميع المستحضرات التى تصنعها هذه المحلات

ويقسم الكتاب الى قسمين يحتوى القسم الاول على معلومات خاصة بالعلاج بالطعم وقد جاء به شىء كثير من كلام الثقاة فى فائدة استعمال الطعم فى المعالجة وقد تناول أيضاً بايضاح كثير أهمية اكتشاف الجرعة الصحية عند استعمال الطعم

أما القسم الثانى فيتكلم عن العلاج بالغدد وقد جاء فيه كثير من الحقائق المقررة عن استعمال (التيرويد المجفف) فى حالات الهيبوثيرودزم وفى ناحية أخرى من هذا القسم تكلم الكتاب عن علاج الباراثيرويد فقال ماملخصه ان ملاحظات كثيرة قد قيلت عن هذا العلاج الناجح رغماً من أن نتائج استعماله كانت مرضية غاية الرضاء وبه أيضاً ملخص من تقارير رجال الطب وأولى الامر المعدودين .

وعدا هذا فان بالكتاب بيانات وافية عن المستحضرات الآتية .—

خلاصة الغدة فوق الكلى . الغدة النخامية . المبيض غدة الجسم الاصفر C. Lutea . الغدة الثديية . وبالاجمال فان هذا الكتاب يعد من أهم الكتب المفيدة وان فى انتشاره بين أيدى رجال الطب ما يؤيد ذلك

هذا ومحلات بارك دافيز على استعداد لان تقدم نسخة مجانا لرجال الطب الذين يرغبون فى اقتنائه مع العلم بأن الكتاب مكتوب باللغة الانجليزية فقط

مصلحة الصحة العمومية

النشرات الادارية الصادرة فى شهر أكتوبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٥٢ نقل مستشفى رمدى — قد تقرر نقل مستشفى الرمد المتنقل رقم ٣ الموجود باسنا الى اسوان وسيفتح بها للمعالجة الرمدية حوالى ١٠ أكتوبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٥٣ تعيين — عين الدكتور امين افندى محمد عوده بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً سنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ١٨ أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الانكلستوما

وعين الدكتور عبد الحميد افندى حافظ بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً سنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢٦ أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الانكلستوما

وعين الدكتور سلامه افندى صليب بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً سنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢٦ أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الانكلستوما

وعين الدكتور محمود افندى عز العرب بوظيفة طبيب مؤقت براتب قدره ١٨ جنيهاً شهرياً بعقد لمدة ستة أشهر اعتباراً من ٦ سبتمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الأوبئة

رقم ١٥٤ تنقلات — تقرر نقل حضرات أطباء الرمد المبينة أسماؤهم بعد اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٥ : —

الاسم	من	الى
الدكتور عبد اللطيف افندى احمد	طبيب أول مستشفى الرمد بالسويس	طبيب أول مستشفى الرمد رقم ٤
« محمود احمد كامل افندى .	« « رقم ٢	« « « « ٥
« نصيف افندى سيدهم . .	« « « ٣	« « « « ١
« فهيم جرجس ابراهيم افندى	« « « ١	« « « بالسويس
« زكريا افندى متى	طبيب ثالث مستشفى الرمد بأسيوط	« « « رقم ٣
« ميخائيل افندى مينا ميخائيل	طبيب الرمد المتنقل التابع لمجلس مديرية الدقهلية	« « « « ٢
« نخرى افندى حنا	طبيب ثان مستشفى الرمد ببنى سويف	طبيب الرمد المتنقل التابع لمجلس مديرية الدقهلية
« كامل افندى عويضه . .	طبيب ثان مستشفى الرمد رقم ١	طبيب ثالث مستشفى الرمد بأسيوط

رقم ١٥٥ ترقية — قد تقرر ترقية حضرة الدكتور عوض افندى برسوم الى الدرجة الرابعة (٥٤٠ — ٨٤٠) جنيهاً بوظيفة مفتش بقسم الرمد اعتباراً من اول اكتوبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٦٠ التفتيش على مستشفيات الرمد — قد تقرر ان يكون اختصاص حضرتى مفتشى الرمد المذكورين بعد كما يأتى اعتباراً من اول اكتوبر سنة ١٩٢٥ : —

حضرة الدكتور محمد افندى توفيق يختص بالتفتيش على مستشفيات الرمد بالوجه البحرى

وحضرة الدكتور عوض افندى برسوم يختص بالتفتيش على مستشفيات الرمد بالوجه القبلى (ويكون مقر أعمالهما القاهرة)

رقم ١٦١ تعيين — عين الدكتور جرجس افندى بطرس جرجس بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً فى السنة براتب سنوى قدره ١٨٠ جنيها اعتبارا من ١٩ سبتمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى اسكندرية

وبناء على ما جاء بقرار حضرة صاحب المعالى وزير الداخلية الصادر فى ١١ أغسطس سنة ١٩٢٥ رقم ٥٩٥ قد عين الدكتور أحمد افندى جمال الدين الحفنى بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة (١٨٠ — ٤٢٠ جنيها) بمصلحة الصحة العمومية براتبه الحالى اعتباراً من ٢٢ أغسطس سنة ١٩٢٥ نقلا من مصلحة السجون وألحق بعموم المصلحة مؤقتاً

وعين الدكتور راغب افندى سكله بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من (١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً) فى السنة براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا اعتباراً من ١٩ سبتمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بعموم المصلحة

رقم ١٦٢ نقل — تقرر نقل حضرتى الدكتورين عبد العزيز افندى البندارى مفتش ثانى صحة محافظة بور سعيد وأحمد افندى محمد كمال مفتش ثانى صحة قنا كل منهما محل الآخر الاول اعتباراً من ١٠ أكتوبر سنة ١٩٢٥ والثانى اعتباراً من ١٣ منه

ونقل حضرتى الدكتورين جورج افندى دميان طبيب ثانى مستشفى الرمد بدمنهور وعبد اللطيف افندى الكردانى طبيب ثانى مستشفى الرمد المتنقل رقم ٣ كل منهما محل الآخر اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٦٤ تثبيت — بما أن الدكتور محمود افندى طلعت حمدى الطبيب بعموم المصلحة قد قضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

رقم ١٦٥ رفت — بناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور عبد الحميد افندى حافظ الطبيب بمستشفيات الانكلستوما قد تقرر فصله من خدمة المصلحة اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٥

وبناء على انتهاء مدة خدمة الدكتور محمود افندى اسماعيل عشماوى والدكتور عبد العظيم افندى يوسف مصطفى سلامه والدكتور على افندى شافعى المتعافى والدكتور سامى افندى يواقيم ميلاد أطباء الامتياز بمستشفى قصر العينى قد تقرر فصلهم من خدمة المصلحة اعتباراً من ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥

وبناء على الاستقالة المقدمة من الدكتور يوسف افندى زكى طبيب المراقبة الصحية بالقنطرة قد تقرر فصله من خدمة المصلحة اعتباراً من أول سبتمبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٦٨ طبع القوائم الرسمية بأسماء الاطباء وغيرهم — تعلن المصلحة أنها قائمة الآن بمراجعة القوائم الرسمية المقيد بها أسماء الاطباء البشريين والبيطريين وأطباء الاسنان والصيادله والمولدات ومساعدى الصيادلة المرخص لهم بمزاولة صناعاتهم فى القطر المصرى

فلكى يسهل انجاز هذا العمل ترجو المصلحة حضرات من يزاولوا هذه المهن الذين بيدهم ترخيص بذلك منها ومن يكونون منهم شاغلين لوظائف

بالحكومة أن يتكرموا بارسال البيانات الآتية بخطاب موصى عليه (مسوكر) بعنوان (حضرة صاحب السعادة وكيل وزارة الداخلية للشؤون الصحية بالقاهرة — قسم الرخص الطبية) بحيث لا يتأخر وصول هذا الخطاب عن يوم ٥ نوفمبر سنة ١٩٢٥ وهذه هى البيانات المطلوبة . —

الاسم (المرجو كتابته بالكامل كما هو مكتوب بالرخصة) والصناعة والسكن وعنوان العيادة بالكامل وتاريخ الرخصة الصادرة بمزاولة الصناعة فى القطر المصرى

والمرجو كتابة هذه البيانات بخط واضح

وليكن معلوما أن أسماء الاشخاص المزاولين للصناعات المذكورة الذين لم يبلغوا هذه المصلحة عن عنوانهم فى السنة الماضية لا تكتب فى طبعة القوائم الرسمية القادمة اذا لم يبلغوا المصلحة عنها فى هذا العام وسيكونون علاوة على ذلك معرضين للمحاكمة بنص المادتين الثالثة والسابعة من القرار الوزارى الصادر فى ١٣ يونيو سنة ١٨٩١

قد سطرت بصدر هذا صورة الاعلان الذى أدرج بالجريدة الرسمية والجرائد السيارة لمناسبة اعادة طبع القوائم الرسمية

فعلى حضرات موظفى ومستخدمى المصلحة الفنيين الذين ينطبق عليهم هذا الاعلان أن يوافوا قسم الرخص الطبية بديوان المصلحة العام بالبيانات المطلوبة بهذا الاعلان فى ميعاد لا يتجاوز ١٥ نوفمبر القادم على الاكثر

رقم ١٦٩ ثناء — ترغب مصلحة الصحة أن تعرب عن ثنائها على الاطباء المبينة أسماؤهم بعد لحسن قيامهم بأعمال مقاومة الامراض المعدية هذا العام وهم حضرات : —

الاسم	الجهة
الدكتور تكلا افندى بغدادى . .	طبيب مركز الدلنجات
« محمد افندى كامل توفيق .	« « ايتاى البارود
« حافظ افندى امين	« « أبى حمص قسم أول
« محمود افندى حمدى . . .	« « مينا القمح قسم أول
« عبد الجواد افندى حسين	« « أبى قرقاص
« ابراهيم افندى امين مشالى	« « ملوى قسم ثان
« محمد افندى عزت	« « الاقصر سابقا وقاليوب حالا

رقم ١٧٠ تعيين — عين الدكتور احمد افندى كمال الكردى بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنيـة التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً فى السنة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً سنوياً اعتباراً من ٢٦ سبتمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الرمد رقم ٤

وألحاقا بالنشرة الادارية رقم ٩١ الصادرة بتاريخ ١٥ يونيو سنة ١٩٢٥ قد تقرر اعتبار تعيين الدكتور نسيم افندى ابو سيف الطبيب بمستشفى قصر العينى ١٤ ابريل سنة ١٩٢٥

والحاقا بالنشرة الادارية رقم ٩٧ الصادرة بتاريخ ٢٥ يونيو سنـة ١٩٢٥ قد تقرر اعتبـار تاريخ تعيين الدكتور اسماعيل افندى يوسف زايد الطبيب بمستشفى قصر العينى ٢١ ابريل سنة ١٩٢٥

رقم ١٧٢ — قد تقرر ترقية حضرة الدكتور باسيلى افندى فرج البكتريولوجى بالمعامل الى الدرجة الثالثة (٧٢٠ — ٩٦٠) جنيها اعتبارا من أكتوبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٧٣ نقل — تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتباراً

من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم . —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور حافظ بهجت افندى . . .	طبيب مقيم بمستشفى اسكندرية	طبيب بدل بقسم المستشفيات	٢٥ — ٩ — ١٩٢٥
« نسيم بشاره افندى	« ثالث بمستشفى بور سعيد	« ثانى مستشفى السويس	٢ — ١٠ — ١٩٢٥
« عبدالله عبدالرحمن جلال افندى	« ثانى بمستشفى السويس	« « مستشفى بور سعيد	٤ — ١٠ — ١٩٢٥
« اسكندر شفيق افندى . . .	« بدل بقسم المستشفيات	« ثالث مستشفى السويس	سيحدد التاريخ فيما بعد
« امين افندى غالى	« ثالث بمستشفى السويس	« ثالث مستشفى بورسعيد	« « « «

والحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٣٠ الصادرة فى ٢٠ أغسطس سنة ١٩٢٥ قد تحدد يوم ٢٣ سبتمبر سنة ١٩٢٥ لنقل الدكتور عبد الله افندى رفله من مستشفيات الانكلستوما الى مستشفى اسكندرية

رقم ١٧٤ — بناء على انتهاء مدة خدمة الدكتور احمد افندى السيد حندوسه طبيب الامتياز بمستشفى قصر العينى قد تقرر فصله من خدمة المصلحة اعتبارا من ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٧٥ — ينعى حضرة صاحب السعادة و كيل الوزارة بمزيد الاسف وفاة المرحوم الدكتور جورجى افندى سعد طبيب ثانى مستشفى قنا فى يوم ٢٠ سبتمبر سنة ١٩٢٥ وقد شطب اسمه من عداد مستخدمى المصلحة اعتباراً من ٢١ سبتمبر سنة ١٩٢٥

الى حضرات الكتاب والاطباء والمشتركين

تعلن لجنة تحرير المجلة أن المقالات التى تصلها لاترد لاصحابها سواء نشرت أو لم تنشر وان المقالات التى تصلها بعد اليوم الخامس عشر من الشهر لاتنشر فى العدد القادم ولكن ذلك لا يحتم أن كل مقالة تصلها قبل اليوم الخامس عشر من الشهر تنشر فى العدد القادم حيث أن المقالات تنشر حسب تواريخها الاولوية حتى يستوفى العدد المقالات المعدة للنشر وما يتوافر بعد ذلك منها ينشر فى العدد التالى على هذا النسق

ترجو لجنة تحرير المجلة حضرات الكتاب أن يسطروا رسائلهم على وجه واحد حتى يسهل جمعها على العمال ولا يقع فيها خطأ

ترجو لجنة التحرير حضرات الاطباء أن يوافوها بابحاثهم ونتيجة تجاربهم لنشرها فى المجلة اتماما للفائدة المقصودة من وجودها

واللجنة ترجو حضرات الكتاب أن تكون مقالاتهم مكتوبة بخط واضح والكلمات الافرنجية ظاهرة حتى لا يصعب مراجعتها

ترجو ادارة المجلة حضرات المشتركين الذين لم يسددوا قيمة الاشتراك أن يتفضلوا بارسالها فى أول فرصة ولهم الشكر

وترجو حضرات المشتركين الذين سددوا قيمة الاشتراك ولم تصلهم الايصالات أن يخبروا الادارة فى الحال

والايصالات لا تعتبر الا اذا كانت مختومة بختم الادارة

كما ترجو كل من يغير عنوانه من حضراتهم أن يوافيها فى الحال بعنوانه الجديد

پپیرازین میدی

حبيبات فواره

ضد كل اعراض التهاب المفاصل



النقرس - الحصوات

الروماتيزم

المغص الكلوى

الرمل الكلوى

الرمل الصفراوى الكبدى

طريقة الاستعمال

الاحوال الحاده ٣-٦ ملاعق قهوة في اليوم مذابة في نصف كوب ماء ويفضل اخذها بعد الاكل بمدة

الاحوال المزمنة ١-٣ ملاعق قهوة في اليوم مدة خمسة عشر يوما من كل شهر ويستعمل لمدة بضعة اشهر

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

مرهم واقماع ميدى

ادرينالين قابض

العلاج الناجع للبواسير الداخلة والخارجة

ومضاعفاتها



البواسير

التشقق

حالة المستقيم ... الخ

طريقة الاستعمال

المرهم - يستعمل في الصباح والمساء قبل وبعد التبرز

الاقماع - ١-٢ قمع في الصباح قبل التبرز وفي المساء عند النوم

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

كتاب

تشخيص الامراض العصبية

ظهر الجزء الاول من هذا الكتاب تأليف السير جمس برفس ستوارت وتعريب الدكتور مصطفى ضيا وهو محلى بالصور الملونة وبكثير من الاشكال والصور الفوتوغرافية وهو مطبوع ومغلف بلوندره وثمن النسخة ٦٠ قرش صاغ ويطلب من سائر المكاتب الشهيرة

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et repandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencemeut de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد العاشر ديسمبر ١٩٢٥ DECEMBER 1925 السنة الثامنة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا في القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

« الاعلانات »
تخابر شركة النشر المصرية
جبريل تقلا بك وشركاه
بخصوص نشرها

لجنة التحرير

المراسلات

المقالات والرسائل وجميع ما يتعلق بالمجلة الطبية المصرية

ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بمصر

مطبعة الاعتماد

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد العاشر | ديسمبر سنة ١٩٢٥ | السنة الثامنة

أمراض القلب والحمل

محاضرة للدكتور شرمف بروه

أستاذ علم الامراض الباطنية الاكلينيكية بمدرسة الطب المصرية

أمن الجائز أن نسمح لفتاة مصابة بعلة قلبية أن تتزوج ؟

واذا فرض وسمحنا لها بالزواج فهل نسمح لها أن تأتى بمولود ؟

إن هناك مسئولية عظيمة عند الاجابة على مثل هذا السؤال كما أنه تعسر الاجابة عليه فى بعض الاحايين

ومن المسلم به أن بعض حالات القلث المترالى والاورطى والآفات الخلقية وحالات القلث البطانى للصمام الثلاثى الشرافات — ان من المسلم به أن تلك الحالات التى يكون فيها التكافؤ تاماً تحتمل الحمل والوضع بحالة مرضية . وقد شاهدت حالات عدة وضعت فيها الفتاة المصابة عدة مرات بدون أن يظهر عليها عرض من أعراض الهبوط القلبى

ومن جهة أخرى فانا كثيراً ما نلاحظ بعد الوضع ولكن على الاخص

أثناء الحمل اضطرابات شديدة وغير قابلة للعلاج فى الدورة الدموية وذلك فى حالات ضيق الصمامات وآفات عضلة القلب المزمنة والتصاقات التامور وتضخم القلب الايسر فى أمراض الكلى

وأما ما أوصى به بناء على تجاربى الشخصية فى هذه المعضلة فهو أن نثنى عزم الفتاة عن الزواج ان كان قد ظهر عليها يوماً ما أعراض عدم التكافؤ وعلى النقيض من ذلك يصح للطبيب أن يسمح لفتاة مصابة بآفة تامة التكافؤ أن تتزوج على شريطة أن نحيطها علماً هى وزوجها المنتظر (وذلك بدون أن نتخطى سر المهنة بقدر المستطاع) بخطورة الحمل المقبل تلك الخطورة التى تزداد خطراً كلما كانت الآفة شديدة وأشد خطراً فى حالات ضيق الصمامات عن حالات القلث فاذا ما ابتدأ الحمل فى قابل الايام ورغبت الفتاة المصابة أن تتحمل أخطاره وجب على الطبيب أن يقدم لها النصح لتعنى بنفسها وتتجنب كل ما من شأنه أن ينتج منه تعب أو عناء ولتظل دوماً تحت الرقابة الطبية التامة

أما اذا بدت أعراض اضطراب فى توازن الدورة الدموية فى أشهر الحمل الاولى فلا بد من بث النصح لوضع حد لهذا الحمل وهذا مما يسهل القيام به فى الاشهر الثلاثة الاولى أما اذا تقدم الحمل فقد وجب على المريضة ملازمة الفراش وعلى الطبيب معالجة الاعراض حتى اذا ما وضحت أعراض الهبوط وجب حفظ حياة المريضة بعمل الشق القيصرى المهبلى ورغماً عن ذلك فان المريضة تنتهى حياتها فى أغلب هذه الحالات

أما اذا استمر الحمل للنهاية بدون اضطرابات فى الدورة الدموية فيجب ملاحظة الوضع بدقة تامة فتعطى المريضة الديجتالا فى بادىء الامر ويلاحظ القلب أثناء الوضع وبعده فكثيراً ما يحدث تمدد حاد مميت فى القلب فى ظرف يوم أو يومين الى أسبوع أو اثنين بعد الوضع

واذا لم يكن فى وسع المريضة أن تعنى بنفسها أثناء الحمل أو اذا لم تصر على أن تأتى بمولود فانى أرى أن يوضع للحمل نهاية ان وضحت العلة وضوحاً بيناً سواء أكان ذلك فى حالات الآفات الصمامية أم التهاب عضلات القلب المزمنة أم الالتهاب الكلوى المزمن

ولا بد من اجراء العملية بيد جراح ماهر فى أمراض النساء كما يحسن أحياناً أن يأخذ على عاتقه اجراء عملية العقم بأشعة رنتجن أو باستئصال قنوات المبيض حتى يضمن تجنب الحمل فى قابل الايام ومما يجدر ذكره أن مركز المريضة فى الهيئة الاجتماعية يلعب دوراً هاماً فى كل ذلك فالمريضة المثرية فى استطاعتها أن تتمتع بالراحة التامة أثناء الحمل فيسهل عليها أن تتحمل متاعبه عن امرأة معوزة تضطر بحكم حالتها ان تعمل لتقوم بأودها لذلك يجب على الطبيب أن يقدر مركز المريضة الاجتماعى فى حالات الحمل المصحوبة بأمراض القلب أو الدرن كما يجب ألا يعزب عن البال أن حياة الأمم وصحتها أغلى ثمناً وأعظم قدرا من طفلها الذى لم يولد بعد كما يجب ألا يغيب عن الذهن بأن النساء المصابات بداء القلب يأتين على الدوام بأطفال ضعاف

لذلك أنصح للاطباء أن يتبعوا النقط الآتية فى حالات الحمل المصحوبة بأمراض القلب : —

يجب بادئ ذى بدء أن نلفت نظر المريضة الى خطورة مركزها كما يجب أن نشير على المريضة وزوجها أن يتخذا قراراً على ذلك فاذا ما استقر رأيهما على استمرار الحمل كان بها والا فيوضع للحمل نهاية فاذا ما فعلت ذلك وجب أن يكون ذلك بحضور طبيبين على الاقل يوقعان على اشهاد لاخلاء المسئولية وأما فى حالات أمراض القلب الشديدة خصوصاً فى حالات ضيق صمام المترال فيحسن اجراء العقم الصناعى ليضمن عدم الحمل فى المستقبل

هل يسمح لرجل يشكو من مرض عضوى فى القلب أن يتزوج ؟ ان

فائدته الشخصية ليست على النقيض من ذلك فان حياة الرجل المتزوج أقل عناء وشقاء من حياة الرجل الاعزب ولكن حياة زوجته تكون منغصة فانها بعد وقت ما تصير ممرضة لزوجها

بحث فى العلاج الضوئى

للدكتور محمود فريد

ان استعمال الضوء فى شفاء العلل قديم جداً عرفته الامم السالفة وصرفت له عنايتها فقد عرفوا أن الضوء ليس ضروريا فقط لحياة النبات وزيادة نموه وانتعاشه بل علموا أن الانسان مفتقر اليه للمحافظة على حياته وصحته حتى أسهب قدماء الاطباء فى مناقب الضوء فكان أبوقراط يعالج الصرع والاورام الداخلة فى التجويف البطنى بالحمامات الشمسية وقد عالج أطباء العرب مرضاهم بنحو طريقة أبى قراط وذهبوا مذهبه ثم اندثر هذا النوع من العلاج وانتسخ فى بطون المؤلفات حتى ظهر العلاج بالضوء فى بلاد فرنسا فى أواخر القرن الثامن عشر وكان الطبيب روشو Rosseau أول من أشار وقتئذ بالرجوع الى القوى الطبيعية فى العلاج والانتفاع بمزاياها فى معالجة الامراض وفى أواخر القرن الماضى بدأ الطبيبان السويسريان برنارد Bernard وروليه Rollier يعالجان أمراضا مختلفة على قمم جبال الالب فى سويسرا ونشرا على العالم الطبى نتائج باهرة فى معالجة سل العظام وسل البريتون وشفاء الغدد الدرنية ومعالجة السل الرئوى وقد كان لصدى تقاريرهما رنة عظمى فى العالم أجمع فقد وصلا الى نتائج مدهشة لم يكن وقوعها فى الحسبان ويعد روليه وروشو أول من وضع قواعد العلاج الضوئى فى الطب الحديث وأخذ هذا النوع من العلاج فى الانتشار بعد اذاعة نتائج العلاج الباهر على قمم جبال الالب واجتهد الاطباء للحصول على مثل هذه النتائج فى معالجة الامراض فى الجهات

الجبلية القليلة الارتفاع أو فى السهول المنبسطة أو على شواطئ البحار وقد حصل الاطباء فى كل مكان على نتائج مرضية فصار الضوء من هذا الحين شفاء للناس وبركة غير أنه يجدر بالذكر التنبيه بأن نتائج العلاج فى الارض السهلة لم تكن فى الدرجة التى وصل اليها الاطباء فى معالجة الامراض فوق المرتفعات العالية من الجبال

وممن نحا نحو الطبيبين السويسريين وحذا حذوهما الطبيب الدانمركى فنزن Finsen فقدعالج بضوءالشمس Kopenhager فى كوبنهاجن طائفة من الامراض الجلدية مثل اللوبس Lupus غير أن ضوء الشمس لم يكن يبلغ فى تلك الجهات من الشدة حتى بعد تجمعه بعدسات بحيث أنه يكون قوى التأثير زد على ذلك أن الشمس قلما تظهر فى زمن الشتاء فى تلك الاقاليم والاصقاع فعمد فنزن لاستعمال المصباح القوسى فى علاجه وأصبح اليوم علاج اللوبس بمصباح فنزن فى عداد التاريخ الطبى الا أن هذا الاختراع كان عظيم الفائدة اذ أنه كان باعثاً لاكتشافات عديدة هامة بايجاد ينابيع ضوئية يقرب مفعولها من ضوء الشمس

فاذا ما تصديت اليوم لذكر التأثير العلاجى للضوء فتقارير الاطباء وبطون صحف الطب الحديث تذخر بالتقارير وتسفر عن النتائج المدهشة التى وصل اليها الاطباء فى معالجة كثير من الامراض بالاشعة الضوئية فقلما نجد اليوم مصحاً أو مستشفى خالياً من تلك المعدات فقد تفقدت عدداً عظيما من مصحات أوربا الوسطى وكثيراً من مستشفياتها فقلما كنت أرى مستشفى غير كامل أو خال من الاستعدادات الحديثة للعلاج بالطرق الطبيعية مثل حمامات الضوء وحمامات البخار والحمامات الغازية والهوائية من مختلف الاجهزة ومتنوع الآلات ونرى اليوم فى أنحاء العالم المتمدين أنه قد ادخر عدد عظيم من الاطباء الينابيع الضوئية يعالجون بها مرضاهم بنجاح وقد عنيت اليوم البلاد الراقية

بالعلاج بالطرق الطبيعية حتى أصبحت علوما خاصة قائمة بنفسها يدرسها الطلبة ويتلقون فنونها على أساتذة مهرة فى جميع الجامعـات الالمانية وعلى الاخص فى جامعة برلين حيث أنشىء فى مستشفى فرشاو Virchow أكبر معهـد للعلاج الطبيعى ووسع له فى مستشفى الشرتيه Ch arite فى برلين مكانا ضخما يضم أصنافا عديدة من الآلات الـكهربائية والاضواء الصناعية وغيرها وجدير بالذكر مستشفى هوهنكبلن فى ضواحى برلين الذى كان الفضل فى انشائه يرجع للجراح الشهير بير Bier حيث يعالج فيه السل الجراحى بأنواعه بنجاح تام

وكما أن للعلاج الضوئى فضل مبين فى شفاء الامراض وزوال العلل فهو فى يد من لا خبرة له به ممن لم يمارس العلاج به زمانا قليل الفائدة بل قد يكون مؤديا الى عواقب وخيمة وقد درس العلماء الالمان تلك الاضرار وعرفوها وفهموا كيف يدرأون أخطارها ومع أنهم قد أحسنوا العلاج بها فلم يذهبوا الى حد المغالاة فى تقاريرهم عن شفاء العلل بالضوء فلم يخرجوا بذلك عن جادة الاعتدال . وقبل أن أطرق العلاج الضوئى فانى ذاكر أولا ماهيته وخواصه الطبيعية والـكيماوية والجوية

﴿ الخواص الطبيعية للضوء ﴾

عرف العلماء الاشعة على وجه عام بانها طاقة « Energie » تنبعث من جسم ذى حرارة ومرتفعة وتوسع الحـكماء اليوم فى فهم معنى الاشعة من الوجهة الطبيعية والحيوية وفهموا أنها مقذوفات كروية وضموا اليهـا أشعة المهبط (Cathode) وأشعة الراديوم الناوبيتا A B j) وتتميز الاشعة على اختلاف أشكالها وتعدد الوانهـا وتباين كنهها باختلاف طول موجاتها وتقاس موجة الاشعة بوحدة قدرها واحد على مليون من المليمتر ($\frac{١}{١٠٠٠٫٠٠٠}$ مليمتر) يرمز اليها بحرف uu (مى مى) لان u (مى) هى $\frac{١}{١٠٠٠}$ من المليمتر وحدة مقياس الاجسام الجرثومية التى تشاهد بالمجهر المعظم كما هو معلوم (الميكروسكوب)

وتقع موجات الاشعة المتباينة بين ١٠٠ الى ١٠٠٠ uu ولا ندرك من الاشعة الا ما وقعت موجته بين ٤٠٠ س ٧٦٠ وهذا يوافق مايشاهد فى الطيف الشمسى الذى يتكون عادة اذا اخترق شعاع من الضوء منشوراً زجاجيا وتلقينا ذلك الشعاع على لوحة أو ستارة بيضاء فيتفرق ضـوء الشمس الابيض الى الالوان السبع التى يتكون منهـا وهى الاحمر والبرتقالى والاصفر والاخضر والازرق والنيلى والبنفسجى وتختلف موجات تلك الاشعة المذكورة باختلاف الوانها وبدرجة انكسارها فالاشعة الحمراء هى أطول الاشعة موجة وأقلها درجة فى الانكسار وكلما تدرجنا على الطيف من الاشعة الحمراء تجاه الاشعة البنفسجية شاهدنا نقصاً فى الموجة وكثرة فى درجة الانكسار حتى اذا بلغنا الاشعة البنفسجية التى تبلغ طول موجتهـا ٤٠٠ uu وجدناها أقصر الاشعة موجة على الطيف الشمسى وأكثرها درجة فى الانكسار وتلك الالوان السبع المذكورة كثيراً ما تبدو للعين وقت المطر فى ضوء الشمس بشكل قوس دائرى معروف بقوس قزح وفى كلا طرفى الطيف أشعة غير مرئية للعين من جهة اللون الاحمر ومن جهة اللون البنفسجى اصطلح عليها فى مصر باشعة تحت الحمراء وأشعة فوق البنفسجية واصطلح عليهـا العلماء باشعة Ultra فقالوا Ultra, ultra violete rouge وترجمة لفظ Ultra بالانكليزية beyond أى خلف أو ما وراء ولا أجد فى اصطلاح تحت أو فوق تأدية للمعنى الصحيح الذى قصد به تسمية تلك الاشعة واصلح ترجمة للفظ Ultra ما وراء ورأيى أن يطلق على تلك الاشعة لفظ متطرفة فتقول الاشعة الحمراء المتطرفة والاشعة البنفسجية المتطرفة لوقوعها فى طرفى الطيف الشمسى

والاشعة الحمراء المتطرفة هى أطول الاشعة الضوئية موجة وأقلها درجة فى الانكسار خاصيتها انها ذات طاقة حرارية أما الاشعة البنفسجية المتطرفة فلا تنبعث منها حرارة ما حتى أطلق عليها الاشعة الباردة وهى أقصر الاشعة

الضوئية موجة وأكثرها درجة فى الانكسار ولا تؤثر البتة داخل الاجسام بل يقتصر مفعولها على سطح الجلد فتخترق بعض أجزاء المليمتر منه الا أن لهذه الاشعة تفاعل كيماوى قوى ولذلك صادف استعمال تلك الاشعة فى العلاج الطبى نجاحا باهراً

أما تعليل ظهور الالوان للعين فنوضحه بما هو آت اذا وقع ضوء أبيض على سطح جسم أسود فان هـذا الجسم يبدو لنا أسود الا أنه يمتص جميـع الاشعة الواقعه عليه دون أن يعكس منها لعيوننا شيئاً وتكسبه تلك الاشعة عندئذ طاقة حرارية أما اذا سطع نور أبيض على جسم أحمر فيبدو لنا هـذا الجسم أحمر لانه يمتص كل الاشعة التى يتركب منها اللون الابيض ويعكس لعيوننا اللون الاحمر فيبدو لذلك أحمر ومن ثم تنشأ القاعدة الآتية بأن كل جسم ملون يمتص جميع الاشعة المختلفة الالوان الواقعة عليه الا الاشعة التى من لونه فانه يعكسها فاذا فرض أننا أضأنا جسما أزرق باشـعة حمراء فانه لا يبدو أحمر بل أسود لانه يمتص الاشعة الواقعة عليه دون أن يعكس منها شيئاً اذ أنه لا يجد من الاشعة ما هو مماثل للونه حتى كان يعكسه

ولا يرجع تأثير الاشـعة الى اختلاف طول أمواجها فقط بل الى شدة الاضاءة وطول زمانها والى المسافة التى يبعد بها الجسم المضـاء عن الينبوع الذى تنبعث منه الاشعة فتتناسب شدة الضوء تناسباً عكسياً مع مربع المسافة التى يبعد بها الجسم المضاء عن ينبوع الضوء وهذا قانون ذو أهمية عظمى فى استعمال الاضواء الصناعية فى العلاج الطبى كما انه لكل ينبوع ضوئى أقصى شدة اضائية يختلف موضعها من أجزاء الطيف الشمسى باختلاف لون اشعة ذلك الينبوع المنبعثة منه الاشعة

وأهم ينبوع للضوء جرب بنجاح تام فى شفاء كثير من العلل الباطنية والجراحية والجلدية وكذلك فى بعض أمراض النساء هو بغير شك الشمس

ويتركب ضوؤها من امتزاج أشعة مختلفة الالوان تصغر موجتها اطراديا وتزداد درجة فى الانكسار بين الاشعة الحمراء المتطرفة والاشعة البنفسجية المتطرفة وتختلف شدة الضوء الشمسى باختلاف الفصول و بتباين الاجواء فشدة الضوء فى الارض السهلة المنبسطة غيرها على قمم الجبال المرتفعة ويتجلى هذا الفرق بينا فى فصل الشتاء حيث تبلغ درجة حرارة الجو فوق رءوس الجبال ثلاثة أمثالها فى الارض السهلة ولا يظهر هذا الاختلاف بينا زمن الصيف كما أن جو الارض السهله لا يحتوى الا على ثلثى $\frac{2}{3}$ ما يحتويه جو الجبال من الاشعة البنفسجية المتطرفة من حيث أن الابخرة المتصاعدة من سطح الارض تمتص تلك الاشعة

ولما كانت شدة ضوء الشمس تختلف فى تأثيرها باختلاف الفصول تارة وباختلاف الاجواء تارة أخرى زد على ذلك أنه كثيراً ما تحتجب الشمس زمن الشتاء فى أوربا الشمالية أو قد يكون الجو متشبعاً بالابخرة أو تعلوه الاتربة رأى فنزن (Finsén) أن يحتال على استخدام المصباح القوسى فى العلاج الطبى كما أسلفنا الا أن الاشعة البنفسجية المتطرفة التى كانت تنبعث من مصباح فنزن قليلة الكمية ولا يستطاع تسليطها الا على مساحة جزئية صغيرة من سطح الجلد ولذلك يطول بها زمن العلاج قبل أن تصل الامراض الى الدرجة المطلوبة من الشفاء ولسد هذا النقص وجب ايجاد ينبوع ضوئى يشبه ضوء الشمس فى تأثيره حتى يمكن الاستعاضة به عنها فاجهد العلماء قرائحهم حتى اكتشف الطبيب الدانمركى كيلدس Kzeldsen مصباحه الجلدى الشهير المعروف Dermolampe الذى يحتوى على أقطاب حديدية فينبعث من مصباحه أشعة زرقاء وبنفسجية أما كمية الاشعة البنفسجية المتطرفة المتحصلة من ضوء هذا المصباح فاكثر مما يحتوى عليه منها مصباح فنزن الا أنه لم يكن يصل هذا المصباح الى الدرجة المطلوبة من الكمال حتى اكتشف أرون (Aron)

عام ١٨٩٢ مصباح البخار الزئبقى بان وضع كمية من الزئبق فى أنبوب من الزجاج فى طرفيه قطبان من الفحم فاذا ما سرى التيار الكهربائى فى المصباح القوسى تولد بخار الزئبق وتطاير فى الانبوب وانبعث منه شعاع بنفسجى اللون وأول مصباح من هذا النوع استعمل فى العلاج الطبى مصباح الطبيب الامريكى كوپر Coopr Hewitt عام ١٩٠١ الا أن هذا المصباح لم يكن وافياً بدرجة أنه يعوض ضوء الشمس اذ أن كمية الاشعة البنفسجية المتطرفة المتولدة من هذا المصباح لم تزل قليلة بنسبة ما يحويه ضوء الشمس من تلك الاشعة فوق قمم الجبال فوجب أن يتغلب على عاملين هامين فى هذا المصباح بادخال التحسين عليه ليفى بالمرام فجاد الذكاء الالمانى على العالم بمصباح زئبقى أولا داخله مفرغ من الهواء وذلك انه استعيض عن زجاج الانبوب الذى كان يمتص جزءاً عظيما من الاشعة البنفسجية المتطرفة بمادة أخرى شفافة كالزجاج يطلق عليها اليوم اسم الكوارتز Quarz وتتكون من بللورات جبلية وأول مصباح من هذا النوع صنعته شركة هاريوس Haruis الالمانية فى مدينة هاناو Hanoau من أعمال الامبراطورية الالمانية هو مصباح كروماير Kromayer الشهير فما لبث أن ظهر فضل العلاج بهذا المصباح فى الامراض الجلدية حتى لم يعد أى علاج دوائى آخر يدانيه فى النتائج المدهشة التى حصل عليها الاستاذ كروماير بمصباحه الجديد فى معالجة الامراض الجلدية وعلى أثر ذلك شاع استعمال ذلك المصباح فى بلاد ألمانيا عام ١٩١١ ثم أخرجت بعدئذ شركة الكوارتز فى هاناو مصباحا آخر سمته بالشمس العليا بسبب ما لهذا المصباح من المزايا التى تقرب مفعوله من ضوء شمس الجبال فهو غنى كتلك بالاشعة البنفسجية المتطرفة فشاع استعماله فى أنحاء المملكة الالمانية ثم عم انتشاره القارة الاوربية وامريكا وطيفا هذا المصباح يحتويان على الاشعة البنفسجية والمتطرفة منها وكذلك على خطوط رفيعة من كلا اللونين الاخضر

والاصفر ويتراوح طول موجاته الضوئية بين ٤٣٠ — ٢٠٠ u u

وقد يوضع حول الغطاء المعدنى لمصباح الشمس العليا حلقة بها عدة مصابيح كهربائية تسمى بحلقة هاجمان Hagemann لتنبعث الى الجسم المضاء طاقة حرارية فتضاف الى الاشعة البنفسجية المتطرفة أو الاشعة الباردة طاقة حرارية حتى يقرب مفعول هذا المصباح من تأثير شمس الجبال وينصح آرم فى برلين وهو رئيس قسم العلاج الكهربائى الضوئى فى مستشفى الشرتيه باستعمال مصباح سولكس Sollux مع الشمس العليا حيث أن مصباح سولكس لا تنبعث منه حرارة فقط بل يخرج منه ضوء شديد ويقرر آرم بان مفعول المصباحين معا يصبح كمفعول شمس الجبال لتوفر ضوء الابيض والحرارة والاشعة البنفسجية المتطرفة وحصل بذلك آرم على نتائج باهرة فى معالجة كثير من الامراض الباطنية بالمصباحين الآنفى الذكر مما سوف آتى على بيانه فى قسم العلاج ولا أرى من حاجة ماسة لضرورة استعمال مصباح سولكس مع مصباح الشمس العليا فى مصر لتوفر الضوء والحرارة الا انه من المستحسن العلاج بالمصباحين معاً فى فصل الشتاء لعدم توفر التدفئة فى الاماكن التى تتخذ للعلاج ورأيى أنه يكتفى بتدفئة غرفة العلاج بأى واسطة أخرى للاستغناء عن مصباح سولكس

﴿ الخواص الحيوية للضوء ﴾

كما أن للضوء تأثيراً قويا على أدنأ الحيوانات وأحطها مرتبة فهو يؤثر أيضاً فى الحيوانات العليا والانسان الا أن أكثر ما تناوله العلماء بحثا وأجروه من التجارب كان على الحيوانات الدنيئة وأخسها مرتبة Maladies infectieuse وهى (البكتريا) الجراثيم فقد شاهدوا أن الامراض المعدية تشتد وطأتها وتصل الى نهايتها من الشدة اذا اتفق أن كانت المرضى فى أمكنة مظلمة خلافا

لما لو تعرض المصابون للضوء فلا تزدهى تلك الامراض لتصل الى الدرجة التى تبلغها فى الامكنة المعتمة التى لا يتخللها الضوء فحدا ذلك بالعلماء لان يدرسوا تأثير الضوء على الجراثيم وأدت نتائج أبحاثهم الى أن للضوء قوة فعالة عليها Bactricid فهو يعيق نموها ويمنع تكاثرها ومهلك لها شرط توفر الاوكسيجين والاشعة القصيرة الموجه تبيد الجراثيم دون شرط توفر الاوكسيجين ويتوقف تأثير الضوء فى اهلاك الجراثيم على شدته أولا وقوة تجمعه ثانيا ثم درجة الحرارة التى تصحب شدة الضوء عادة فللضوء أهمية كبرى من الوجهة الصحية فهو الذى يطهر الطرقات والازقة ومياه الانهار والمياه الراكدة مما علق بها من الجراثيم وخالطها من الادران

ولئن كان استعمل الضوء بنجاح عظيم فى معالجة السل الرئوى وشفائه فليس للضوء فعل مباشر على ميكروب السل المختفى فى النسيج الرئوى فهو لا يستطيع لابادته سبيلا وانما مفعوله عليه غير مباشر فيعمل الضوء على تقوية الجسم بازدياد حركة الدورة ثم يساعد على امتلاء الشبكه الوعائية داخل النسيج الرئوى وهذا يبيد ميكروب السل Hyperâemie ومن المحقق أن الضوء يطهر التلويثات الجرثومية لمادة ما فتصبح عقيمة كما أثبته فريد برجر Friedberger فقد عقم ليمفى الجدرى بتعريضه للاشعة البنفسجية المتطرفة أما أهمية الضوء فى المملكه النباتية فغير خافية فهو الذى بتأثيره تتكون المادة الخضراء Chlorophyl التى تساعد على تركيب المواد الكاربوادراتية فتعيش النباتات وتنمو وتزدهى الازهار وتهتز الاشجار لتنبت من كل زوج بهيج بل قد ثبت باجلى بيان تأثير الضوء على بنى الانسان فترى سكان الجنوب الذين تتوفر فى بلادهم الضوء أنعش حالا وأكثر ميلا للبسط والانشراح من سكان الشمال كما أنه من المشاهدات الثابتة أن النمو الجسمانى فى الاقطار الجنوبية أسرع منه فى الاقطار الشمالية فبينما أن البنات بين ظهرانينا قد يبلغن الحلم بعد أربعة عشر

ربيعاً أو ما قبل ذلك اذ نرى فى لابلاندا لا تبلغ البنات الحلم قبل الثامنة عشر ولو أنهم عللوا ذلك بارتفاع درجة الحرارة وليس للضوء وحده ولكنه لم يتسنى حتى الساعة أن نجرى ابحاث على أضواء شديدة دون أن تتوفر معها درجة الحرارة ولكنه من التجارب الثابتة أن بيض الضفدع اما أن يتلف كلية اذا ترك فى الظلام أو يكون ضعيف النمو وهو غير ذلك اذا تعرض للضوء خصوصا اذا تعرض لاشعة الطيف تجاه الاشعة البنفسجية فيسرع نموه ويزداد حجمه كبرا وقد شوهد أن أجنة بعض الاسماك كالسرطان البحرى تزداد حركتها اذا تعرضت لاشعة قصيرة الموجه ولا تزيدها الاشعة الطويلة الموجه الا سكونا

وقد أثبت بتنكوفر و قوات Pitbeukofer Voit عام ١٨٦١ بان كمية الزفير المتصاعدة من بنى الانسان نهاراً أكثر منها ليلا وأسندا ذلك الى فعل غير مباشر للضوء لانه وازع للحركة وقد ثبت أن الكلاب التى هلكت جوعا كانت مدة حياتها على الطوى فى الامكنة المظلمة أطول منها فى الامكنة التى يصل اليها ضوء الشمس ويرجع ذلك الى السبب الذى قدمناه وثبت من التجارب العملية أن الضوء يزيد فى كمية العناصر التى يتكون منها الدم وفوائدة لا تخفى فى أحوال الضعف الناشىء من فقر الدم وأثبت انجلمان Engelmann بان اضاءة عضو قد تؤثر على اعضاء أخرى بعيدة لم تصل اليها الاشعة الضوئية فقد كان من الثابت أن العين وحدها هى التى تدرك الضوء وتتأثر به الى أن برهن انجلمان على بطلان تلك النظرية بان عصب عيون ضفدعة بحيث لا يصل للجزء المربوط ضوء ما ثم عرض مدة ربع ساعة مؤخر الضفدعة الى الضوء وفحص داخل العين فى غرفة مظلمة فوجدها متأثرة بالضوء كما أن لو وقع الضوء على عيون الضفدعة بصفة مباشرة وأجرى هذه التجربه على طائفة من الحيوانات حتى تثبت من مشاهداته وكلها تؤكد ما ثبت له فى

التجربة الاولى واذا سأل سائل كيف يتأثر عضو لم يتعرض البتة للاشعة الضوئية اذا عرض جزء آخر من الجسم لتأثير الاشعة والجواب على ذلك بسيط فان الدم الذى يتـدفق فى الدورة هو وحده الذى يحمل تأثيرات الضوء بما يقع فيـه من مؤثرات كيماوية أو كهربائية وأثبت ذلك شليفر Schlupfer حيث وجد أن دم الحيوانات التى تعرضت زمانا للاشعة الضوئية تؤثر على الواح برومور الفضة وتسودها غير أن بعض الباحثين لم يسند تلك المشاهدة الى تأثير الضوء المباشر بل الى ما يتكون من فوق أوكسيد الايدروجين Hydrogen perodyd الذى يؤثر على اللوحة المصورة وأثبتت تجارب معاهد فينـا البكترلوجى بان الاشعة الضوئيـة تؤثر على عضلات القلب فاجروا تجارب على قلب ضفدعة ورأوا أن بعد تعريض قلبها للضوء قوى انقباضه (Systole) وزادت مدة انبساطه (Diastole)

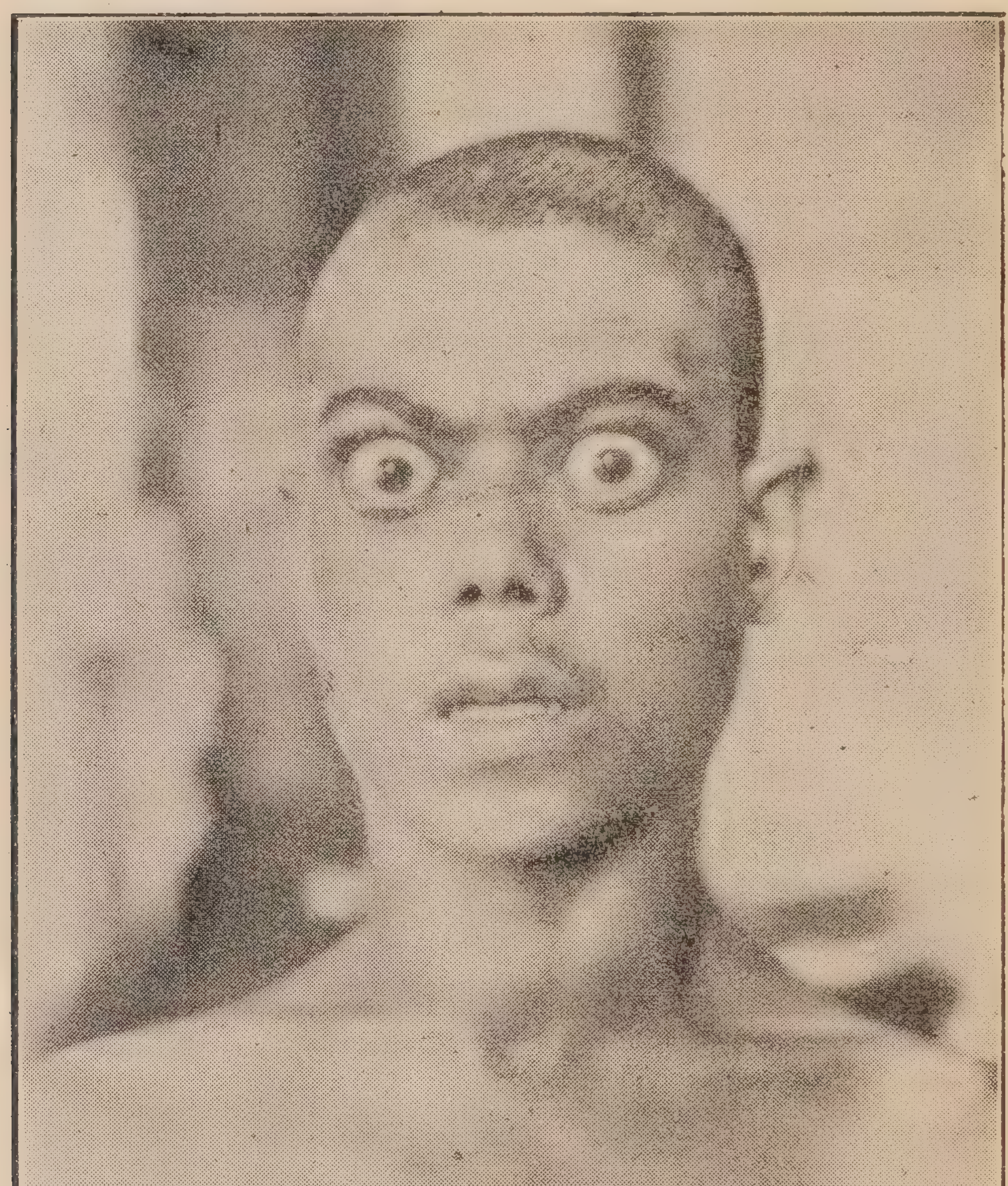
وقد درس جاسول Gassul تأثير الاشعة الضوئية على الاحشاء وثبت بما أجراه من التجارب على الفيران التى عرضها للضوء كبراً فى حجم كبدها وزيادة فى زنته ووجد الطحال مملوءاً بالخلايا البلاسمية Plasmacelles وشاهد ازدياد سائل البريتون من كلا الخلايا i eucocyte & Erytrocyte الحمراء والبيضاء وقد وصل الى هـذه النتائج بتأثير الاشعة الشديدة الانكسار المنبعثة من الشمس العليا مصباح الكوارتز Hohensonns وقد ثبت ان الاشعة الطويله الموجة كالاشعة الحمراء والمتطرفة منها هى اشد الاشعة الضوئية اختراقاً للجسم بيد ان الاشعة البنفسجية والمتطرفة منها لا تخترق الا بضع اجزاء من المليمتر كما سبق بيانه وهذا الاختراق وان يكن سطحياً فله تأثير كيماوى فى الجسم يؤثر على شبكة الاعصاب الطرفية للجلد ومنها تتأثر مختلف الاجهزة داخل الجسم البشرى

حالات اكلينيكية

للدكتور على بك ابراهيم

﴿ جوتر جحوظى ﴾

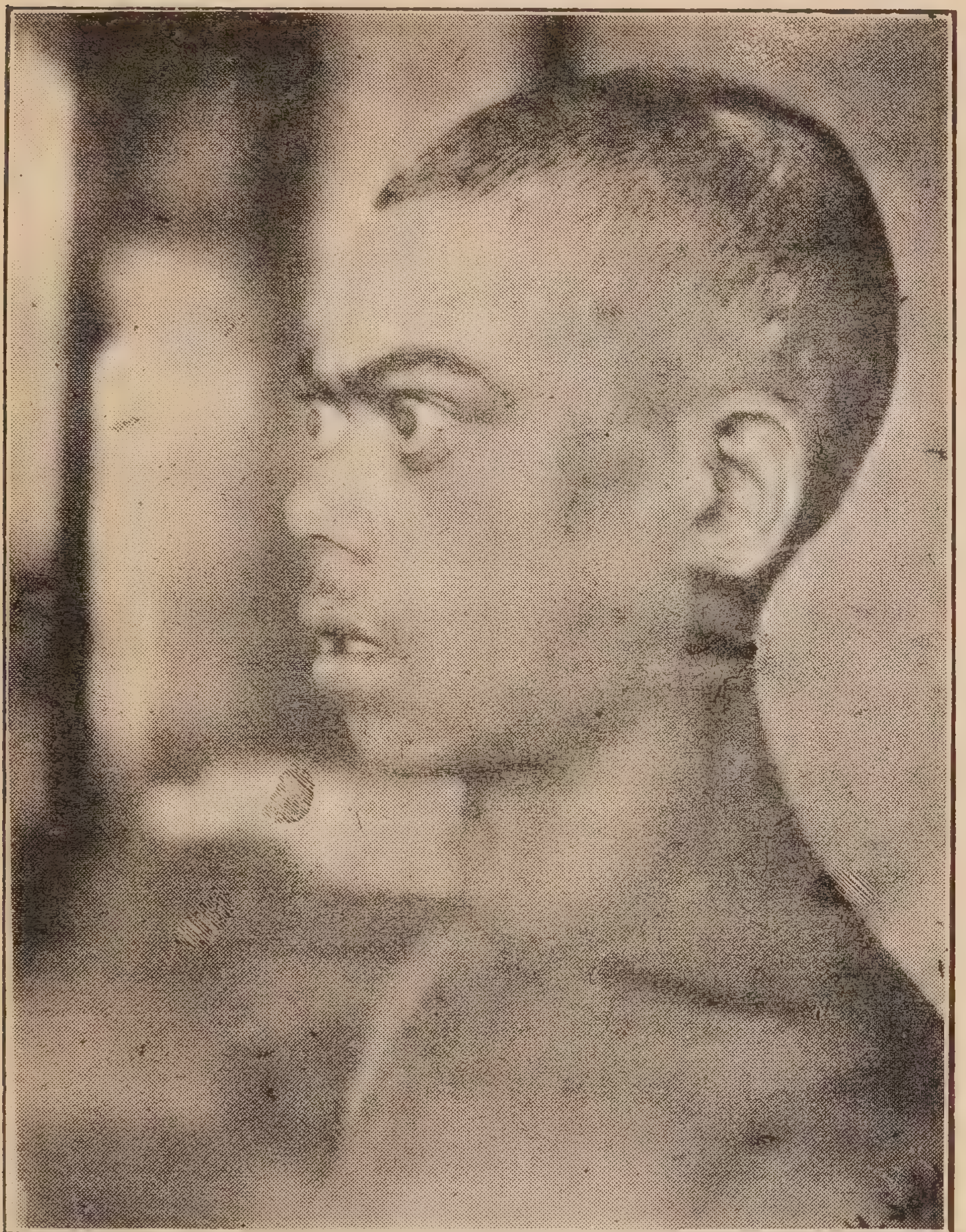
بسيونى ابراهيم سرساوى فلاح من دسوق غربية . شكا المريض من ورم أوضواة فى الغدة الدرقية أكثر ظهورا فى فصها الايمن . والورم لين القوام نابض بضعف العيون جاحظه وعلامة رومبورج موجودة وضربات النبض ١١٠



بسيونى ابراهيم سرساوى

ضغط الدم أثناء انقباض القلب ١٢٥ وأثناء الانبساط ٦٠ وفى الاصابع رعاش

عضلى يظهر عند مد الأصابع . حم المريض عشرون يوما منذ ثلاثة شهور و بعد ان فارقته الحمى ظهرت ضواة العنق و بان جحوظة عينيه ومن ثم بقيت حالته على ما هى عليه و كوى رأسه فوق مؤخرها بدون نتيجة



بسيونى ابراهيم سرساوى

البحث الپاثولوجى (١) تفاعل واسرمان — سالب (٢) تعداد الدم كالآتى:

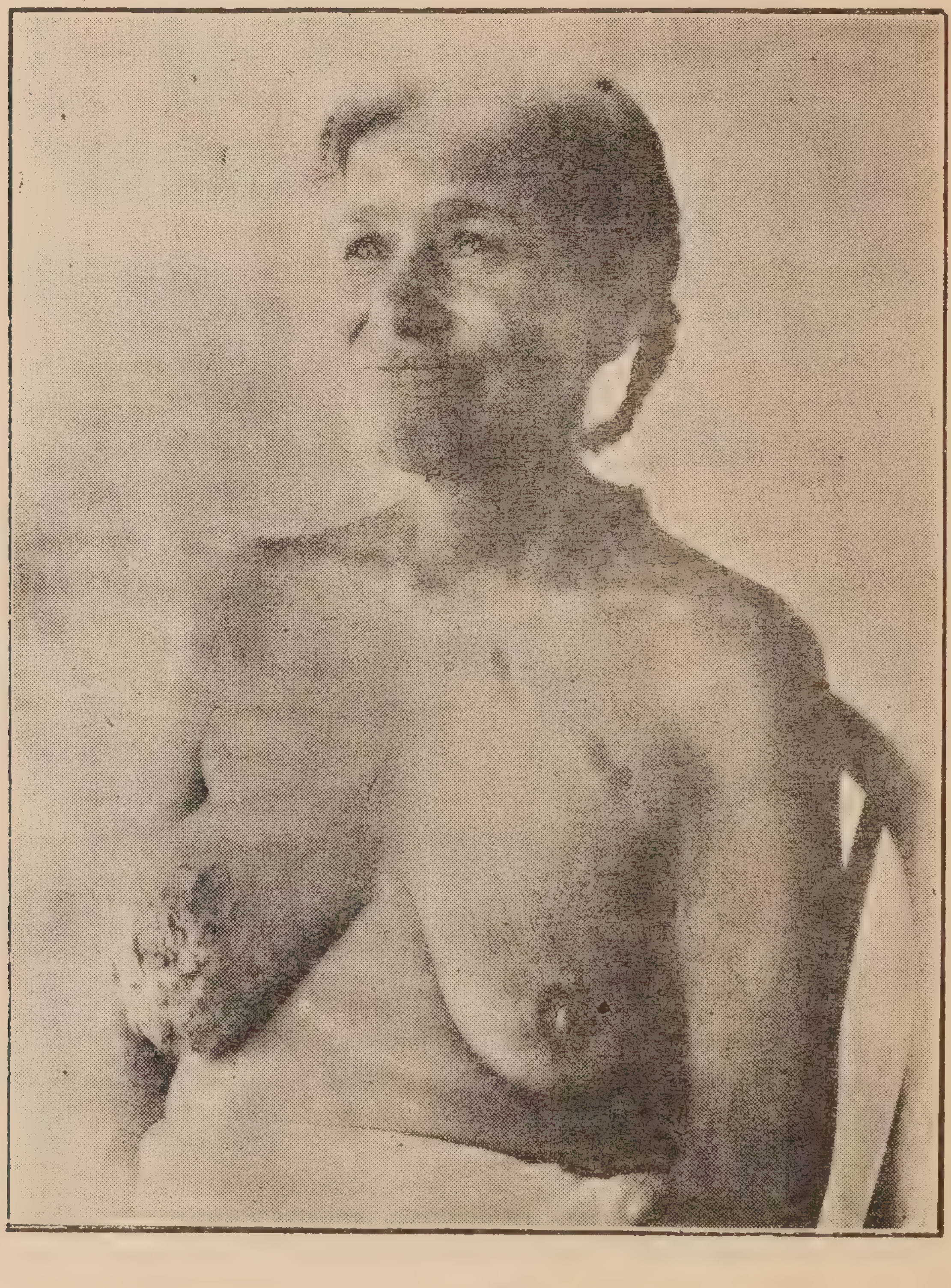
مجموع الكريات البيضاء	٣٤٣٧
عديدة الاشكال	٥٥٫٥ ٪
الخليات الليمفاوية (ليمفوسيتات)	٣٣٫٥ ٪

ازينوفيلات	٧ ./.
خليات شفافة كبيرة	٣ ./.
خيليات منقلبة (فى حالة التحول)	١ ./.

المعالجة فى ٩/١١/٢٥ عملت عملية قد الفص الايمن والبرزخ بالتخدير العام

﴿ إكزيما پاجيت ﴾

زينب محمد شريف من منفلوط مديرية أسيوط حضرت المستشفى وحول

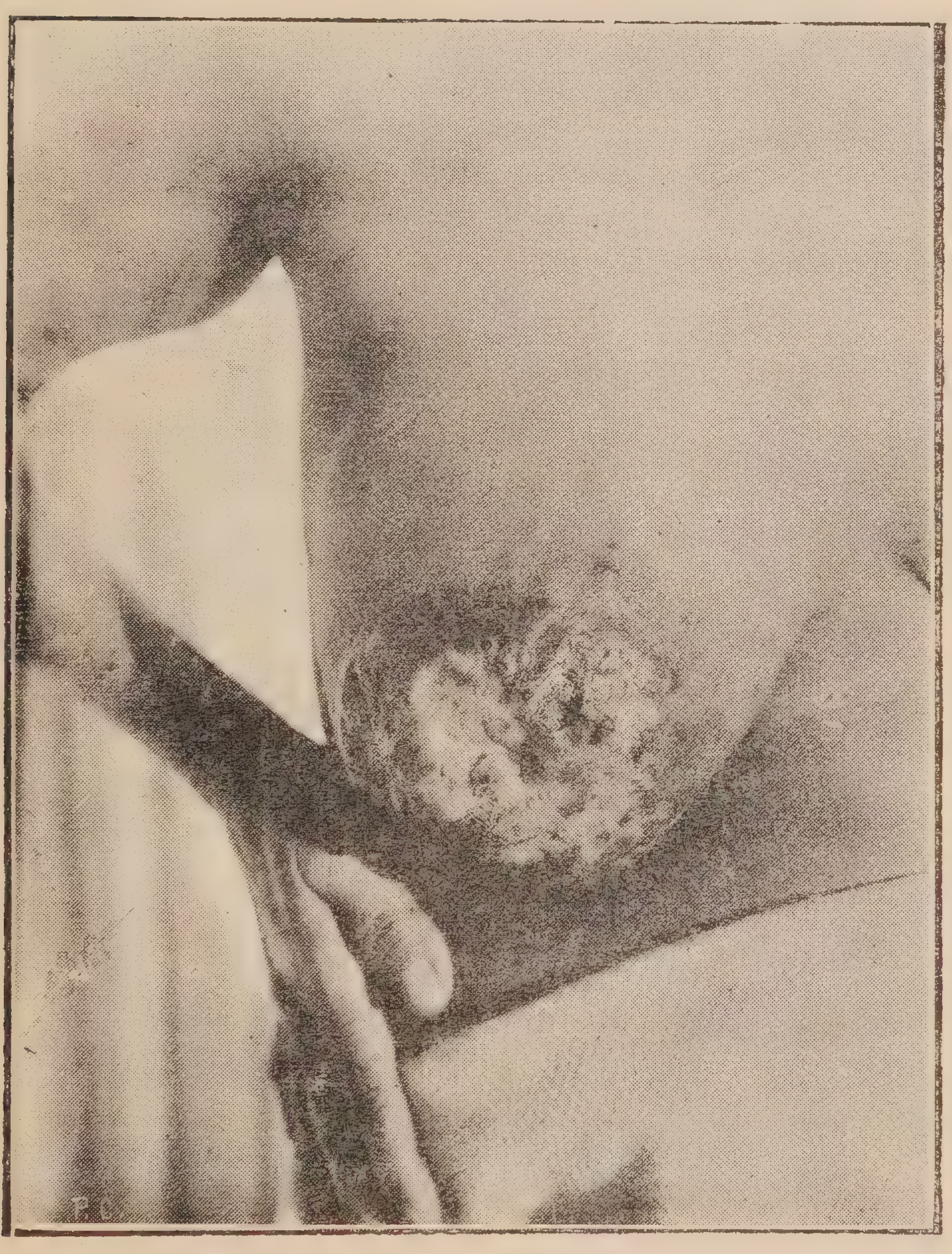


زينب محمد شريف

حلمة ثديها الايمن هالة اكزيمية حمراء سحيجة يكسوها فى بعض المواضع رشح أصفر لزج قطر هذه الهالة ١٠ س م وقد انكمشت الحلمة قليلا . وباللمس يحس فى الثدى ورم بين الحدود صلب كالحجر — الغدد الليمفاوية فى الابط المقابل متضخمة وصلبة صلابة الحجر .

قالت المريضة أنها من ست سنوات شاهدت بقعة اكزيمية حول الحلمة ومن ثم أخذت فى التزايد حتى صارت بحالتها الحالية المتعاصية لكل علاج

تفاعل واسرمان : سالب



زينب محمد شريف

وأظهر البحث الميكروسكوبى لقطعة اجتثت من حافة الا كيزيما ما يأتى :—
وجود عدد من أعمدة ابيثيلية نامية من البشرة الى الباطن وفى كثير من المواضع غارت الخليات البشرية على النسيج تحت الجلد وامتزجت بخليات التهابية .
وقد امتدت الخليات البشرية كثيراً فى النسيج الغائر ولم تقتصر على الجلد كما هو شأن اكزيما باجيت المألوفة الامر الذى يرجح عندنا أن هذه حالة اكزيما باجيت مع سرطان عام فى الثديين

وقد عولجت فى ١٦ نوفمبر لعمل عملية استئصل فيها الورم والغدد الابطية

جرح نارى فى الوجه

محمود جوده برانى فلاح من العياط بمديرية الجيزة عمره ١٦ سنة حضر المستشفى فى ١٩ / ٦ / ٢٥ وفى الجانب الايمن من وجهه جرح من عيار نارى أتلف الفك العلوى بأكمله والعارضة اليمنى وأرضية الحجاج الايمن وكان ممكننا رؤية الحنك وجانب اللسان من الخارج .

عملت عملة جراحية فى ٩ / ١١ / ٢٥ . أخذت له شريحة جلدية من الجانب الايسر للجبهة وعكست الشريحة بحيث صار الوجه الجلدى متجها للفم ثم خيطت هكذا فى موضعها وأخذت شريحة أخرى من أسفل الاذن اليمنى وخيطت فوق الشريحة الاولى بحيث صار الوجه الجلدى ظاهراً .

كيس مساريقى

احمد عبد التواب عمره ١٥ سنة شاب ضعيف هزيل فقير الدم جاء يشكو من اعتلال صحته منذ ٨ سنوات ويعلل مرضه بأنه منذ ثمانية سنين سقط مغشياً عليه لمدة أربع ساعات ومن ثم كان يشعر بالم حول السرة يمتد الى سلسلة الظهر

وقد زال الآلم بالتدريج حيث عقبه انتفاخ خفيف متزايد فى القسم السرى العانى

وأخذت شهوة الطعام فى الضعف وأخذ وزنه فى التناقص وساءت حالته من يوم لآخر

وشكايته الحالية : امتلاء فى قسم الحوض من البطن وفقد الشهية وتزايد فى انتفاخ البطن وقلق وضجر

يقول أنه لايستطيع النوم الا اذا اضطجع على جانبه الأيمن

ومن أجل ذلك جاء يسترشد الطبيب فى أمره بعد أن تعاطى الادوية المرقدة زمناً بدون فائدة

حضر للمستشفى فى ١٥ / ١١ / ٢٥

وبالكشف عنه وجدت البطن منتفخة ثلاثة أضعاف حجمها الطبيعى وكان ممكننا حس ورم متوتر داخل البطن خلف القسم السرى وتحته ممتداً حتى العانة وكان الورم ملتصقا بجدار البطن الامامى والمثانة لدرجة تعذر معها حس تحريكه وأظهر القرع أصمية فى جميع أنحاء الورم وترجح عندنا تشخيصه لكيس مساريقى

العملية — فتحت البطن فوجدنا ورما يملأ ثلاثة أرباع تجويفها وشق البطن الذى امتد من النتوء الخنجرى (الرهابة) حتى العانة لم يسمح بخروج الورم الأمر الذى اضطرنا الى وضعه وتفريغ بعض مضامنه حتى تيسر لنا استقصاء البطن واخراج الورم واتخذت الوسائل اللازمة لحفظ الاحشاء من التلويث فقبض على مكان البضع قبضاً محكما بعد تفريغ جزء كبير منه

الاستقصاء

كانت الطهارة البريتونية منفصلة من جدار الكيس غير أنها كانت محتقنة كثيراً وظهر أن الورم امتد لاسفل من الخلف حتى مساريقا الحوض عند مستوى

الفقرة الثانية العجزية أو الثالثة

وتحقق لنا تشخيص كيس مساريقى نقفناه نقفا وربطنا البقع الخشنة فى المساريقه لتجنب نزوز الدم أو تكوين التصاقات فى الحوض بعد العملية ثم قفلنا البطن

البول الزلالى الكلوى

تشخيصه وانذاره وعلاجه

محاضرة للاستاذ روك

أستاذ الامراض الباطنية بجامعة ليون بفرنسا

ألقاها بنادى مدرسة الطب بالقاهرة بناء على دعوة الجمعية الطبية المصرية فى يوم الاثنين ٣٠ نوفمبر سنة١٩٢٥ ونقلها الى اللغة العربية الدكتور اندراوس عريان

انه من السهل جداً فحص البول ومعرفة وجود زلال به من عدمه ولكن ذلك وحده لا يكفى للاستدلال على ماهية الزلال ولا من حيث أهميته من وجهة الانذار ولا عن الطريقة العملية لعلاجه وللوصول الى شرح الموضوع نقسم الزلال فى البول الى الزلال المتقطع والى الزلال المستديم .

أولا : الزلال المتقطع وهذا يوجد فى جملة حالات أهمها ما يأتى :

« ا » قد يظهر الزلال فى بول المريض قبل أن ينهض من فراشه وهذا فى لاشخاص المعرضين لمرض السل فان تجمع التسممات أثناء الليل يؤثر فى الكلى فتفرز هذا الزلال ولكن أثناء البول ينقطع ظهور الزلال .

« ب » اذا أخذت عينة البول بعد صحو المريض وهو مستلق على فراشه لا يظهر الزلال ولكنه بمجرد وقوفه أو جلوسه أو اذا حمل من ذراعيه ظهر الزلال

فى البول وهذا هو الزلال الرسوبى ينشـأ عن هبوط فى الـكلى وكثيراً ما يكون مصحوبا بدوالى فى الخصية أو فى الساق

«ج» فى بعض الاشخاص لايوجد فى البول زلال الا بعد تعاطى الغذاء بساعة أو ساعتين وهذا ناشىء عن اختـلال فى وظائف الـكبد فلا تحسن هضم المواد الازوتية فتظهر فى البول وهذا هو البول الزلالى الهضمى .

« د » لايظهر الزلال فى البول الا بعدعمل مجهود عضلى بعد سير بضعة أميال وهذا كثيراً ما يشاهد بين رجال الجيش أو بعد اجهـاد الجسم فى لعب الكرة أو عقب الاستحمام أى ان الزلال لا يظهر فى البول الا بعد عمل مجهود عظيم .

« ه » وصف بافى Pavy وتيسييه Tiessier (وهذا الاخير كان لغاية العـام الماضى زميل الاستاذ روك فى جامعة ليون ثم أقعده المرض وتقدم السن عن عمله بعد أن خدم الطب خدمات كثيرة واليه يرجع الفضل فى معرفة ماهيـة البول الزلالى المتقطع) نوعا من البول الزلالى المتقطع يصيب عادة الافراد فى سن البلوغ ضخمى الجسم بكبد متضخم ومن عائلة فيها قابلية للنقرس وللامراض المفصليـة فالبول فى هذه الحالات لا يظهر فيه الزلال الا بعد الظهر اذ يبتدىء فى الظهور ويأخذ فى الزيادة حتى قرب الغروب ثم ينعدم ودائما يكون مصحوبا بكميات وافرة من حامض البوليك و بولينات الصودا فهذا هو البول الزلالى النقرسى الدورى

فمن هنا نعلم أن البول قد يظهر فى الصباح كما فى حالات الاشخاص المعرضين للسل أو فى أحوال البول الزلالى الرسوبى أو يكون عقب الاجهاد والتعب أو يكون بعد الاكل بساعة أو ساعتين أو دورى فى حالات النقرس .

ثانياً : البول الزلالى الوقتى وفى هذا أيضا يجب أن تميز حالات كثيرة تختلف عن بعضها اختلافا بينا

« ا » حالات الاحتقان الكلوى أو اختلال فى الدورة الدموية فى الكلى و يبقى

الزلال ما بقيت الاسباب التى دعت الى هذا الاحتقان

«١» فالاحتقان الحاد الذاتى تنشأ من اصابة بالبرد فى القطن أو يحصل فى حالات ارتفاع درجة الحرارة فى الامراض المعدية كما يحدث فى ذات الرئة أو يحدث عقب الحمى عندما تبدأ الكلى بافراز الميكروبات التى سببت المرض كما يحدث فى الحمى التيفودية فالميكروبات فى نزولها فى البول عن طريق الكلى تسبب احتقانا حادا يظهر معه الزلال فى البول ويستمر كذلك حتى تنقطع هذه الاسباب الا اذا أهمل فى العلاج فيستمر الزلال فى الظهور حتى بعد انقطاع الاسباب

«٢» فى حالات الاحتقان الثانوى الذى ينشأ عن بطء سير الدورة الدموية فى الكلى كما فى ضعف القلب حيث يعجز عن حدوث ضربات تكفى لانتظام الدورة الدموية يحصل سيانوز فى الكلى كما يحصل فى باقى أعضاء الجسم أو قد يتسبب ضعف القلب عن تمدد التجاويف اليمنى بسبب أمراض صدرية

ثالثا : هناك نوع من البول الزلالى ليس هو بالمتقطع ولا بالوقتى الناشىء عن احتقان الكلى ولكنه جزء من مرض عام أصاب الكلى كما يصيب غيرها من أعضاء الجسم مثال ذلك حدوث درنات فى الكلى أو حدوث ورم صمغى فى حالات الزهرى أو حدوث انتقالات فى حالات السرطان الى الكلى .

رابعا : البول الزلالى المستديم أو مرض برايت أو التهاب الكلى المزمن وقد جرت العادة الى ما قبل فيدال Widal أن يقسم الى التهاب نسيجى parenchymatous والى التهاب ما بين الانسجة Interstitial ولم يكن هذا التقسيم ليجدى أى فائدة للمريض الى أن أظهر فيدال أن هناك نوعين كبيرين من مرض برايت

فالاول مرض برايت المصحوب بحجز كلورى أى أن الكلى تعجز عن افراز الكلور ولكنها تفرز المواد الازوتية كالمعتاد فاذا فحص الدم لم تجد البولينا تزيد فيه الى أربعين سنتيغراما ولكنك تجد المريض به استسقاء عام فى الجسم أو أوذيما فى الساقين

وفى الصفن أو فى الحاجبين وتحصل الاوذيما فى الاعضاء الداخلية منها الحلقوم وهو شديد الخطر ومنها الرئة أو يحصل انسكاب فى التجويف البلوراى أو فى البريتون أو فى التامور وهذا الاستسقاء كما عرفنا فيدال ناشىء من حجز كلور الصوديوم فى الانسجة وحيث أن محاليل الجسم دائما تكون بنسبة معينة فى احتوائها على الملح فان الانسجة تجذب اليها كميات وافرة من الماء حتى تحفظ نسبة الملح طبيعية فى محاليل الجسم .

ويكون ضغط الدم عادة منخفضاً والقلب تتمدد فيه التجاويف اليمنى ولكنه لا يكون متضخما بل متمدداً ويحدث عادة أن يضعف القلب وتنتهى حياة المريض بضعف القلب .

والبول تقل كميته ويحتوى على مقادير كبيرة فى الزلال

أما النوع الثانى فيميز بان الدم يحتوى على كميات كبيرة من المواد الازوتية اذ تبلغ البولينا غراما أو اثنين أو أكثر فنجد البول رائقا والثقل النوعى منخفضا وليس به الا أثر خفيف للزلال والمريض نحيف ليس به أوزيما يشكو من ضغط فى مكان القلب ويرتفع ضغط الدم الى ٢٠ أو ٢٥ سنتيمتراً من الزئبق فى الانقباض والى ١٢ أو ١٦ فى حالة الانبساط وقد عمل فيدال قانونا لانذار المرض فقال أن من وجد به غرام من البولينا فى الدم يعيش من سنتين الى ثلاث سنوات

ومن وجد به غرامان	يعيش سنة واحدة
ومن وجد به ثلاث غرامات	يعيش بضعة أشهر
ومن وجد به أربعة غرامات	فلا حياة له الا دقائق وثوان

ولكننا لا يمكننا قبول قانون حسابى كهذا فى مهنة الطب فالطب ابعد العلوم عن مقياس الحساب فهناك حالات الحجز الازوتى الوقتى الذى يسير بضعة أيام أو بضعة أسابيع ويزول ولكن لكى يعطى انذار للمريض يجب فحص الاحتياطى

القلوى للدم Alkaline Reserve لنعرف مقدار الحموضه التى تشاهد دائما فى حالات غيبو بة التسمم البولى كما فى حالات البول السكرى فاذا وجدت حموضـة مرتفعة وكمية مرتفعة كذلك من البولينا فى الدم كان الخطر محققا

وتنتهى حياة المريض عادة بالتسمم البولى وهذا اما أن يكون بطئيا أو حاداً

فالتسمم البولى البطئ من أهم اعراضه الم فى الرأس ودوار وحدوث مضاعفات فى النظر كأن يرى المريض خيالات أو ذبابا طائرا أو ضمور فى العصب أو نزيف شبكى . ويحدث للمريض كذلك تقلصات فى عضلات الساق ودائما يشعر ببرودة فى جسمه مهما وضع على جسمه من الملابس أو الغطاء Cryesthesia أو يشعر بأن أحد أصابع القـدم أو اليد يقل الاحساس به وتكثر مرات التبول Pollakiuria وخصوصا بالليل ويحصل له ضيق فى التنفس عند عمل أى مجهود أو تحصـل له نوبات ربو فى الليل أو يأخذ تنفسه شكل شين ستوكس Chyne stokes أو يصاب بقيء مستعصى مائى أو اسهال أو آلام شديدة فى البطن أو يحدث له رعاف (نزيف أنفى) متكرر وكل مرة كمية كبيرة لتخفف من ضغط الدم

أما التسمم البولى الحاد فهو اما أن يكون مخيا كأن يحصل للمريض نوبات هذيان أو يصاب بتشنجات واما أن تحصل له غيبوبة أو يكون معدياً معويا كأن يصاب بقيء مستعص شديد مصحوب باسهال مستمر

واما أن يكون تنفسيا كأن يكون التنفس شين ستوكس أو أوذيما حادة فى الرئتين

خامساً : وهنـاك نوع من البول الزلالى غير مصحوب بحجز الـكلور أو بحجز المواد الازوتية ولا زيادة الحموضة فى الدم وهو على نوعين

«ا» البول الزلالى البسيط وهو عبـارة عن ترشيح الـكلى الزلال اذ يبلغ ما ترشحه الـكلى من غرامين فى اللتر الى عشرة غرامات فى اللتر وليس مصحوبا

باوذيما أو بارتفاع فى ضغط الدم ولا يشكو المريض بآلام أو أوجاع وغاية ما فى الامر فأنه يشكو بعض أحيان من ضعف عام ولكن الزلال لا يؤثر على حياة المريض بأى حال من الاحوال اذ يعمر كما لو كان بوله خاليا من الزلال

«ب» البول الزلالى المصحوب بارتفاع فى ضغط الدم المريض فى هذه الحالة رجل جاوز المتوسط من العمر أصفر الوجه وليس به أوذيما ويشكو من جميع أعراض التسمم البولى البطىء وضغط الدم عال من ٢٠ الى ٢٥ والانقباضى ومن ١٢ الى ١٦ الانبساطى والقلب متضخم كما وصفه تروب Traube ولكن ليس به حجز المواد الآزوتية ولا الكلور ولا زيادة الحموضة فى الدم والمرض ليس كلويا مبدئيا ولكن تصلب الشرايين وانقباضها هو الذى يؤثر على الكلى ولمعرفة مقدار الاصابة فى الكلى يجب أن نعمل معين امبارد Constant à Ambard ونتيجة المريض فى هذه الحالة واحدة من اثنين اما أن ينفجر احد شرايين المخ تحت تأثير ارتفاع ضغط الدم ويحدث نزيف مخى أو تقوى الشرايين على تحمل الضغط فيزداد العمل على القلب فيضعف ويحدث هبوط فى البطين الايسر ويموت المريض بضعف فى القلب أو باوذيما حادة فى الرئة .

الى هنا انتهينا من تقسيم البول الزلالى الكلوى وترون أن طبيعته مختلفة ويختلف معها كذلك انذار المرض وليس العلاج بأقل من ذلك اختلافا فلكل حالة علاج خاص .

العلاج . لقد أصبح من السهل الآن علاج البول الزلالى بعد ابحاث تيسييه وفيدال وقد كان قبل عهدهم صعبا يحتار المرء فى كيفية علاجه ولم تكن النتائج التى يحصل عليها المريض والطبيب بمرضية بالمرة أما اليوم وقد استنار الطريق وعرف سبب كل نوع من أنواع البول الزلالى أمكننا أن نحاربه محاربة صادقة

فالبول الزلالى المتقطع الذى يظهر فى الصباح عند القابلين للسل يمكن معالجته بارسال المريض الى الهواء الطلق النقى فى حلوان أو أسوان واعطاؤه الغذاء الكافى المقوى مع التزام الراحة

أما البول الزلالى الرسوبى الناشىء عن الهبوط فعلاجه علاج الهبوط بحزام بطن مع وجود مساند خاصه للكلى

والبول الزلالى الذى ينشأ عن التعب واللعب والاستحمام ليس له الا الراحة والالتفات الى الاحوال الشخصية التى تكتنف المريض

والبول الزلالى الهضمى ناشىء عن نقص كفاءة الكبد ولعلاجه يجب أن يعالج الكبد بأن يعطى الغذاء الموافق لامراض الكبد كالخضارات والفواكه ويعطى ملح فيتل Vittel وأقراص أو صبغة البولدو Boldo

والبول الزلالى النقرسى الدورى يجب أن تعالج الحالة النقرسية الموجودة باقلال الغذاء واتباع الرياضة البدنيـة وأملاح فيتل Vittelo واليورودونال Urodonal الخ

وفى حالات الاحتقان الحادة يختلف العلاج بحسب اختلاف المسببات ففى حالة الاحتقان الذاتى يكفى أن نعمل حجامة جافة فى القطن مع الغذاء الخفيف والراحة فتزول جميع الاعراض وفى حالة ارتفاع درجة الحرارة يجب محاربة هذه بالحمامات أو اكياس الثلج والانتظار الى ما بعد هبوط الحرارة

وفى حالات النقاهة عندما يسبب افراز الميكروبات الاحتقان يلتزم المريض الراحة التامة مع غذاء خفيف

وفى حالات الاحتقان الناشىء عن أمراض القلب يجب محاربة مرض القلب بالراحة والغذاء اللبنى واعطاء الديجتالا

أما فى حالات السل والزهرى والسرطان فيجب محاربة هذه الامراض المبدئية

انما يستلزم الحال عمل عمليات جراحية فى حالات السل الـكلوى

أما فى حالات الحجز الـكلورى فاول ما يجب الالتفات اليه هو أنه لا يجوز ابداً اعطاء اللبن لان كل كيلو من اللبن يحتوى على أكثر من ثلاث غرامات من كلور الصديوم وهذا مقدار لا يمكن للـكلى افرازه اذا تعاطى المريض كل غذاءه من اللبن والفضل يرجع الى فيدال الذى مكننا من اعطاء أغذية صلبة الى هؤلاء المرضى فكل غذاء خال من كلور الصديوم يجوز اعطاؤه فاللحوم والاسماك اذا غسلت جيداً تؤخذ مسلوقة بدون المرقة والفواكه والخضارات تطبخ بدون ملح والزبدة تغسل جيداً لازالة الملح والعيش يخبز بدون ملح كذلك

وفى حالات الحجز الازوتى يبقى المريض على غذاء من الخضراوت ويعطى ملينات بكثرة و يؤخذ منه مقادير وافرة من الدم كل شهر أو شهرين على الاقل ٢٥٠ غراما فى المرة وتعطى الادوية المهبطة لضغط الدم مثل الترينترين Trinitrine والجبسين Cuipsine

وفى حالات البول الزلالى البسيط لا يجب تغيير الغذاء أو تعذيب المريض لانك مهما أعطيته لا بد وأن ينزل الزلال فى البول فلا فائدة ولا داع الى العلاج

وفى الحالات المصحوبة بارتفـاع فى ضغط الدم لا علاج الا شىء واحد وهو العلاج الوحيد لتصلب الشرايين ألا وهو يودور الصوديوم ولا ينفع فى هذه الحالات الادوية المهبطة لضغط الدم كالترنترين والجبسين السابق ذكرهما

هذا ما عن لى ذكره أيها السادة واذا كنت قد أكثرت من ذكر أسمى فيدال وتيسييه فانما عملت ذلك بدافع حب الوطن وذكر هؤلاء الاشخاص الذين خدموا العلم خدمة صحيحة لم يتوقف على عمل احصائيات على الاف من المرضى فقط ولكنه يرجع فى الاكثر الى الذكاء الفرنسى ذلك الذكاء الذى لا زلنا نفخر به ختاما تفضلوا بقبول فائق تشكراتى اذ شغلت من وقتكم كثيرا ؟

قائمة بكمية ملح الطعام فى أصناف الماكولات

مأخوذة عن ستراوس Straus Diat Behandlug

للدكتور اندراوس عريان

الصنف	ملح الطعام بالغرام فى كل مائة غرام
لبن	١٥و. — ١٨و.
زبدة غير مملحة	٠٢و. — ٢١و.
زبدة مملحة	١و٠ — ٣و٠
مرجرين	٢و١٥
بالمين	١٦و.
جبنه	١و٥ — ١٠و٥٧
جبنه جرفيه غير مملحة	١٣و.
بيض (الفراخ)	١٣و. — ٢١و.
صفار البيض	٣١و.
زلال البيض	٣و٠ — ٦و١٨
اللحم	١٠و. — ٢٠و.
سمك الانهار	٠٦و. — ١٢و.
سمك المالح	١٦و. — ٤١و.
لحم خنزير محفوظ	١و٨٥ — ٢٠و٩٥
خلاصة اللحم	١و٤ — ١٤و٦
« « (فالنتين)	٠٨و. — ١و٢

تابع ما قبله

الصنف	ملح الطعام بالغرام فى كل مائة غرام
السانا توجين	٤٢ر.
البقول . الفواكه . الخضارات الطازه	٠١ر — ١٠ر.
القرنبيط	١٥ر.
السبانخ	٢١ر.
الشاى و القهوه	٠٥ر. — ١٥ر.
النبيذ والبيره	أثار خفيفة

أسباب الكساح والوقاية منه

للدكتور حسن كامل بشرا

(تابع ما قبله)

وكيف يمكننا اذن التوقيق بين هذين الرأيين الغير متشابهين ، على أننا لو رجعنا الى التحليل الغذائى Metabolism للفسفور والكلسيوم لأمكننا حينئذ أن نستجلى نقط المسألة . ان تجارب أحدنا (A.W.) الموضحة فى هذه الورقة تظهر أن الكساح الصناعى يشاهد دائما مصاحبا اضعف امتصاص الكلس والفسفور من قناة الهضم . وقد أورى بعضهم خصوصا باتون وشارب وفندلى وتلفر أن هذه الحقيقة مشاهدة فى الاطفال الكسحين وأورى تلفر Telfer ان اعطاء الكلسيوم بكثرة يضعف قوة اختصاص الفسفور كما يظهره البول . واعطاء الدهنيات أيضاً يقلل امتصاص الكلسيوم حيث يرى فى الغائط بشكل صابون الكلسيوم . على أن بعضهم يعترض بان هذه التجارب لا يصح الارتكان عليها لانها معرضة للتخطئة لان مدة التجربة قصيرة جدا ولكن ذلك لا يمكن القول به فى التجارب

التى وصفناها هنا لان مدة التجربة كانت فى بحر شهر من الزمن . وفى حالة الفيران الكسيحة لم يجد (A. W.) توازنا سلبيا للكالسيوم والفسفور وان من الواضح أن الكساح يمكن حدوثه بدون فقد كمية الكالسيوم والفسفور من الحيوان. وقد أورى Telfer ان ذلك صحيح أيضا فى حالة الاطفال الكسحين.وان تجارب (A. W.) تظهر أن الاشعة الفوق بنفسجية وزيت السمك تزيد امتصـاص الكالسيوم والفسفور فى الامعاء ويعقب ذلك زيادة تجمع هذه المواد فى الهيكل العظمى كما يثبت ذلك تحليل العظام

هذه النتائج تؤيد أن أصل حدوث الكساح كائن فى القناة الهضمية . وهى النظرية التى ليست بمستحدثة . ولمناسبة ذلك فان تجارب Zucker و Johnson و Barnett أوضحت شيئا شيقا لانهم وجدوا أنهم لو جعلوا الغذاء الذى يحدث الكساح حمضيا .لاصبح لا يحدث كساحا . وقد امتحنوا فعلا غائط الفيران الكسيحة والغير فوجدوا أن غائط الفيران الغير كسيحة أكثر حموضة من الكسيحة مع أن الغذاء فى الحـالتين واحد ، واذا جعلت محتويات الامعاء حمضية تمنع احداث تكون أملاح الكالسيوم الغير قابلة للذوبان خصوصاً أملاح فسفات الكالسيوم وعلى ذلك تساعد على امتصاص الكالسيوم والفسفور فى الدم . وقد فكر بعضهم أن باكتيريا الامعاء قد يكون لها تأثير على قوة الامتصاص ، ومن هـذه الوجهة فان تجارب (Hill) و (Eidinoro) و (Colebrook) أظهرت أن قوة الاشعة الفوق بنفسجية تزيد قوة الدم البكتيرية Haemo bacterial power للانسان والحيوان الجارى عليه التجربة وهى تؤيد النظرية السابقة ومن جهة أخرى نرى أن Koven chevsky لم يمكنه احداث الكساح تجريبياً بالطرق البكتريولوجية . وفندلى Findlay الذى يقول بأن الامعاء هى منشأ أسباب الكساح لم يمكنه احداث الكساح بطريقة عدوى الامعاء ولذا يقول أن فى حالات

الكساح ترى دورة الهضم متعبة فقط وأورى ذلك ببعض تجارب عملية .

ان الفوائد فى الرياضة البدنية وعيشة الجو الطلق هى فى الغالب لتحسين الحالة الغذائية التى يعقبها زيادة الامتصاص من قناة الهضم ولكن كما أظهرته التجارب أخيرا وجد أن الكساح يمكن منعه تجريبياً فى الفيران بتعريضها للاشعة الفوق بنفسجية حتى اذا وضعت هـذه الحيوانات فى جو محبوس رطب . وأن مجرد زيادة قوة التغـذية Metabolism بالتعرض لهواء طلق بارد لا يكفى لمنع الكساح اذا أعطى غذاء ناقصا . وان غذاء كافيا فقط لدرجة مناسبة يمكننا أن نعده كافيا لو أسرعنا قوة التغذية بالتمارين العضلية والجو الطلق ويمكننـا أن نستنتج أن عدم قدرة الحيوانات الكسيحة لحفظ التوازن النسبى الطبيعى للكاسيوم والفسفور فى دمها ليس لداعى نقص قوة الامتصـاص بل لاسباب أخرى . فان هذه المواد يمكن متصاصها ثم تبرزها بنسبة قليلة لان الحيوان لا يمكنه الانتفاع بها — وعدم القدرة هذه لامكان تكوين العظام هى السبب الاساسى للكساح . على أن معلوماتنا الحالية لا تمكننا من تأييد هذه النظرية . وان الغذاء الذى أمكننا بالتجربة أن نقول عنه أنه يحدث كساحا هو ما كانت كمية الكاسيوم والفسفور فيه قليلة فاذا أصلحنا هذا النقص لا يمكن أن يتأتى الكساح ولو منعنا اعطاء فتامين وقوة الشعاع . خذ مثـلا تجاب Mc Collum واتباعه فى تأثير التجويع فى الكساح Stavation حيث أخذوا فيرانا كسيحة وجوعوها لبضعة أيام ثم قتلوها فاظهر البحث النسيجى Histological ان مدة التجويع سببت تجمعا كلسيا . وان السبب هو أن مدة التجويع حلت الانسجة الحيوانية بحيث نتج الفسفور والكاسيوم واذن كان السبب فى تكوين العظام على الطريقة التى وصفناها . وهذا يدلنا على أن سبب الكساح ليس هو عدم قدرة الحيوان الكاسح لتكوين العظام ولكن لسبب قلة وجود المادة الخام التى تصلح لتكوين العظام وهى الفسفور والكالسيوم

لو أعدنا ما استوضحناه من البحث الحالى فى هذا الموضوع لا تضح لنا أن السبب المبدئى للكساح هو قلة النسبه للفسفور والكالسيوم فى دورة الدم وسبب ذلك هو ضعف قوة امتصاص هذه العناصر من قناة الهضم . واننا نؤيد هذه النظرية

ثم لو قلنا أن عندنا الكالسيوم والفسفور فى الدم لتساءلنا كيف يمكن منهما تكوين العظام . هذه النقطة كانت غير واضحة جلياً حتى ظهرت أعمال روبنسون واتباعه حيث اظهروا أن العظام وهى فى حالة النمو يوجد بها خمائر (Enzym) يمكن بواسطتها تحويل الفسفات العضوية Hetose Phosphates الى فسفات غير عضوية Inorganic Phosphates فاذا وضعت قطع من العظام صغيرة فى السن فى محلول فسفات عضوى Hetose Phosphate تتجمع حول هذه العظام أملاح فسفات الكالسيوم الغير قابلة للذوبان . وقد أورى روبنسون (Robinson) أن فسفات العضوية هى ضمن محتويات الدم الطبيعية وهى توجد فى بويضات الدم الحمراء . هذه التجارب شيقة جدا ولكنها للاسف لم تتقدم تقدما يظهر بها سبب الكساح الحقيقى . وقد أوروا أن العظام فى الحالة الطبيعية أوفى حالة مرض الكساح تحتوى على هذه الخمائر   (انتهى)

علاج السبات السكرى

للدكتور حسين الهراوى
طبيب صحة مركز طنطا

من المعلوم أن الشبه بين الجسم والآلة الميكانيكية شديد بالنسبة لنظام الوقود واحتراقها ونسبتها فالبروتين يعمل عمل الزيت الذى يمنع استهلاك الآلة والنشويات تعمل عمل الهواء فى امداد الجسم بالاكسجين فى وقت الاحتراق والبنزين يعمل عمل الشحم وهذا الشبه الشديد موجود أيضاً فيما اذا اختل نظام نسب مواد التغذية

فاذا قلت نسبة الهواء فى السيارة وزادت كمية البنزين والزيت كانت النتيجة الطبيعية ترسيب الكربون الغير محترق على جدار الاسطوانة وكذلك الحال فى الجسم فاذا قلت نسبة النشويات تترسب بقايا حركة الشحم والبروتين فى الدم على شكل خلون وكيتون ولاتمام التشبيه نقول أن الشرارة الكهربائية فى الآلات الميكانيكية يقابلها الانسولين فى الجسم الحيوانى

من هذه المقدمة البسيطة وهذا الشبه نعلم أن وجود الخلون والكيتون فى الجسم هو نتيجة عدم نظام حركة النشويات فى الجسم ووجودها فى السبب فى السبات السكرى وعلى ذلك يكون مدار علاج السبات يتلخص فى بذل جهد عظيم فى أن يستهلك الجسم كمية كبيرة من السكر فى أقصى وقت حتى يتم حرق متخلفات حركة مواد التغذية الاخرى من البروتين والشحم ولذلك بذل جهد آخر فى التخلص من هذه المواد من الجسم

وهذا يفسر لنا طريقة العلاج بشكل واضح وهو يتلخص فى جملة واحدة

وهى أن نعطى مقاديرا كبيرة من الانسولين ونحرق فى الجسم كمية من السكر تستهلك الخلون والكيتون الموجود به

واعطاء الانسولين فى هذه الحالة ضرورى ضرورة فتح البطن عند التأكد من انثقاب زائده دودية ملتهبة

فاذا بدىء فى علاج المريض مبكرا وأعطى عشرين وحدة من الانسولين كانت بمثابة مائة وحدة بعد تقدم الاعراض بقليل من الساعات لان تراكم الخلون والكيتون يتزايد بشدة فى وقت قصير

وقد يقلل فعل الانسولين وجود مضاعفات تقيحية أو تسمم عفن عام ولذلك يجب معالجة أمثال هذه المضاعفات من الاول لانها ذات خطر

والعلاج العام . فى ترك المريض لعناية ممرضة وهى

(١) يدفأ جسمه مع حقن المنبهات وعمل حقن شرجية لتحريك الامعاء وغسل المعدة مع ترك كمية وافرة من القهوة الفرنسية وثمانية جرامات من كربونات الصودا ثلاثين جراما من زيت الخروع

(٢) أدخل الى الجسم أكثر ما يمكنك من السوائل وشجع افرازها

(٣) داوم على اعطاء كربونات الصودا كل ساعتين أربعة جرامات

(٤) امتحن مصادر التقيح وافتح أى خراج تجده

(٥) عالج بالانسولين كما سنشرحه

علاج الانسولين

عند معالجة السبات السكرى بالانسولين يجب أنه لا يغيب عن بالنا أن السبب المباشر له هو وجود الخلون والكيتون ولم تجد هذه سبيلا الى البقاء فى

الجسم على حالتها هذه الا لعدم كفايته لاستهلاك نشويات بكمية توافق نسبها هذا ما يجب أن نعنى به متأكدين أن زيادة نسبة سكر الدم أو وجود سكر فى البول بكمية وافرة ليس سبباً فى حصول السبات

وعلى ذلك فالذى ينقص الجسم للتخلص من هذه السموم هو استهلاك كميات وافرة من السكر فى وقت قصير باعطاء كميات وافرة من الانسولين ولا يوجد فى هذه الطريقة غير خطر واحد هو نقص نسبة سكر الدم فينتقل المريض من حالة سبات الى حالة نقص نسبه سكر الدم وتختلط الاعراض ولا نعرف أين نحن من حالة المريض

غير أننا لا نقصد غير أمر واحد وهو أن يستهلك الجسم كمية وافرة من السكر مجرداً عن أى عامل آخر

اذن فالطريقة المثلى هى أن تعطى المريض كمية من سكر العنب مع حقن ما يعادلها من الانسولين وطريقة ذلك معروفة وهى أن نعطى المريض أربعين جراما من سكر العنب مع حقنه بأربعين وحدة من الانسولين فاذا أمكن المريض أن يشرب السكر مذابا فى ماء كان بها والا أعطى له من طريق الشرج أو حقنا تحت الجلد أو خير من ذلك حقنا فى الوريد

فاذا أريد حقن السكر فى الوريد يجب أن تكون النسبة ٢٠ ٪ أى أن يذاب الاربعون جراما من السكر فى مائتين وخمسين من الماء

فاذا لم يتيسر سكر العنب فيستعاض عنه بالسكر المعتاد غير أن هذا لا يحقن ولا يعطى من المستقيم بل يجب أن يكون من طريق المعدة ليتحلل الى نوعية ومنها سكر العنب ثم تستمر فى اعطاء الانسولين بمقدار عشرين وحدة مع ما يعادله من الوزن من السكر وحلل البول وأعرف نسبة السكر فيه كل ساعتين (تستعمل القسطرة عند اللزوم) وكذلك حلل لمعرفة وجود الخلون

فاذا وجدت أن البول خال من السكر مع استمرار السبات فاعط وحدات من الانسولين مع ضعف ما يعادلها من السكر أى لكل وحدة جرامين من السكر واحرص دائما على وجود سكر فى البول وخير لك أن تعطى كمية السكر أكثر قليلا مما يعادل الانسولين حتى لا يحصل هبوط فى نسبة سكر الدم فاذا لم يتحسن المريض فى ظرف عشرة ساعات فيجب أن تكون أكثر شجاعة وقوة فى العلاج بان تعط ستين وحدة من الانسولين مع ما يعادلها من السكر مع استمرار تحليل البول للسكر والخلون والاكيتون كل ساعتين ومن المعلوم أننا تركنا تقدير حالة المريض للطبيب فاذا كانت الحالة شديدة يجب أن نبدأ باعطاء ماية وحدة من الانسولين وما يعادلها من السكر فى مبدأ الأمر

واذا تحسن المريض فيجب أن لا تقطع الانسولين مرة واحدة بل اعطه كل اربع ساعات بمقادير قليلة (١٥ وحدة)

واذا كان العلاج فى المستشفى فيمكن أن تجعل نسبة سكر الدم طبيعية فى أدوار العلاج بعد أن يشفى المريض من هذه النوبة يجب أن تتبع نظام التغذية المعروف (الن) مع حذف المواد الدهنية من الغذاء مدة أربعة أيام على الاقل ثم نلاحظ أن تكون نسبة التغذية للكيلوجرام من الجسم على حساب خمسة وعشرين سعر [1] فقط

حساب السعر (calory) لعلاج الن الغذائى وأسطر التغذية يمكن مراجعتها فى كتاب (البول السكرى لالن) طبعة ١٣

علاج حمى الاجهاض وحميات النفاس (١)

للدكتور حسن كامل بشير ا

الطريقة المثلى فى علاج هذا الحادث هى تفريغ الرحم بدقة وسرعة حتى لايتبقى داخل تجويف الرحم أنسجة ميتة تكون بمثابة أرض خصبة لحياة ونمو الاستربتو كوك .

واذا وجد كستنر H. Kustner ان الاجهاض غير تام ومصاحبا لحمى يعطى حقنه تحت العضل من جينارجين (gynergen) وهو محضر طرطيرى من الارجوت ويعطى الحقنة بعد كل ساعة أو اثنتين مبتدئاً بمقدار ٢ , ٠ س م ويزيد المقدار حتى يصل الى (١) س . م

وفى حالات الاجهاض التى تحدث من ثالث الى خامس شهر وجد أن الجينارجين ينبه عضل الرحم للانقباض بقوة أكثر مما يحدث فى العقاقير الاخرى كالارجوت والبتيوترين . وفى بضع ساعات قليلة من بدء العلاج ينزل الجنين غالبا مع المشيمة وقد شوهد حتى فى الحالات التى لم تكن الاجهاض تاما واحتاج الامر لنزع ما بالرحم بالاصبع أو بآلة . ان للجينارجين فائدة عظيمة . و يقول كستنر بتفضيل تفريغ الرحم بسرعة تحت البنج العمومى عن الانتظار فى توسيع العنق مثلا بلامناريا وانتظار مدة يوم اذ فى هذه الاثناء قد ينمو و ينتعش الميكروب السبحى الموجود بالرحم و ينتشر فى انسجة الرحم العميقة وقد وجد ان حقن الجينارجين مفيدة أيضا لمساعدة الانقباضات الرحمية فى حالات الولادة العادية ولم ير أى ضرر من استعماله . . .

---

(١) نقلا عن (٦ فبراير ١٩٢٥ Dent Med. Woch) بقلم H. Kustner

ووجد ان خليطا من السليمانى مع نيوسلفرسان مفيد فى حالات حمى الاجهاض وحميـات النفاس. والخليط يحتوى على ٣و٠جرام من Neo Salvarsan ومذابا فى (٨) س م من الماء المعقم و ٢ س م من محلول سليمانى بنسبة ١ ٪ والخليط الموجود به راسب اسود من جراء خلط المحلولين يعطى حقنة وريدية و يلاحظ ان أى نقطة من المحلول لو نفذت الى الانسجة حول الوريد تحدث نكروز وقد لاحظ حتى فى الحالات التى جدت لها قشعريره متكررة (Rigors) قبل دخولها المستشفى ان هذه الاعراض زالت كلية باعطاء هذا العلاج وتأثير العلاج فى رجوع النبض لحالته الطبيعية كان أظهر من تأثيره على رجوع الحرارة لحالتها أيضا

تأثير فسفات الصوديوم الحمضى

Acid Sodium Phosphate

فى النورستانيا ومرض جراف

للدكتور حسن كامل بشبرا

نقلا عن (Norsk. Mag. G. Laengevidens Kaben) لشهر مايو ١٩٢٤

قال H. J. Vetlesen انه اعطى فسفات الصوديوم الحمضى فى حالات الضعف العقلى Psych athenia وفى النوراستانيا والضعف العـام General debelity واستعمله لمدة ثلاثين سنة وكانت النتيجة دائمـا نجاحا تاما وقد أورى Emeden اخيرا عام ١٩١٥ ان قوة العمل فى الخيل تزيد زيادة ظاهرة باعطائهـا ٨٠ جرام يوميا من ملح فسفات الصودا الحمضى وتزيد القوة العقليه فى الجند باعطاء ٤—٧ جرامات من نفس هذا الملح — وقد أعطى هذا العلاج لنحو ١٠٠ حالة مصابة

بمرض الغدة الدرقية (الغواتر) وفى أغلب الحالات كان النجاح ظاهرا اما بوقوف نمو الغدة أو بتقليل حجمها وقد عالج ٧٧ حالة من غواتر الجحوظ وكان المقدار الذى المريض يوميا هو ٤ جرامات من هذا العدد ١٠ تحملوا اجراء عملية ورجل عملت له عمليه دفعتين وقد وجد بعد استعمال فسفات الصودا الحمضية لمدة سنتين انها مفيدة فى هذه الحالات وأن هذا العلاج أيضاً ماطف فالنبض يقل وارتعاش الايدى يزول ورأى فى بعض حالات مرض جراف ان وطأة المرض قلت أو شفى المريض بالكلية م؟

الجلسة العلمية الثانية والخمسون

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية فى الساعة العاشرة من صباح الجمعة ٥ يونيو سنة ٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور نخبه كبيره من حضرات أطباء القاهرة والاقاليم وطلبة الطب . وبعد افتتاح الجلسة دعى حضرة الدكتور محمد كامل الخولى لالقاء محاضرته عن (تطور الافكار بالنسبة لاسباب المرض العقلى وعلاجه*) وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على محاضراته النفيسة

ثم دعى الدكتور شرنف بيرون لالقاء محاضرته عن (الآراء الحديثة فى أمراض القلب وطرق معالجتها) المنشورة فى غير هذا المكان وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على محاضرته الهامة

ثم قام الدكتور عبد العزيز اسماعيل وشكر للدكتور المحاضر حسن محاضرته وأعلن عدم موافقته على بعض نقط المحاضرة وفصل ذلك فيما يأتى :—

الاولى : يقول حضرة المحاضر أن ضربات القلب تسرع وتقل بمقدار الدم الذى يرسله القلب فى الاوسطه اذا تأثر بمؤثر يحتاج لزيادة مفعوله . والحقيقة أن القلب اما أن يسرع أو ان يبطئ فى ضرباته كما يحصل فى ضربات القلب فى حالات

---

* نشرت هذه المحاضرة فى عددى سبتمبر واكتوبر من السنة الحالية

ضغط الدم الزائد وفى حالات الالتهاب الـكلوى المزمن وفى حالات النزيف المخى وذلك فى الاحوال التى يحتاج القلب فيها لزيادة مقدار الدم الذى يرسله فى الاورطة

الثانية : — يقول حضرة المحاضر أن فى مرض ضيق صمام المترال metral Stenosis خطر على الحمل شديد وهذا مخالف للواقع لاننا نشاهد أحوالا كثيرة تكون الحامل مصابة بالمرض وتلد خمس مرات وسبع مرات بسهولة و بدون أى مضاعفات وقد شاهدت ذلك بنفسى وليست هذه تجربتى فقط بل يشاركنى فيهـا الدكتور ماكنزى الذى عاش ورأى حالات هذه أكثر من أى شخص وقد رأى بعضها يلد سبع مرات و يعيش فوق العشرين سنة والواقع أن هناك نوعين من المرض أحدهما مصحوب بحرارة خفيفة مستمرة وهو نوع من الالتهاب الخبيث فى الصمامات malignant Fndocarditis وهـذا خطر على الحمل والآخر وهو الغالب مزمن وليس له خطر شديد على الحمل ما دامت المريضة تتقى شر التهابات اضافية Secondary Infection وقد أظهر الدكتور (بونتن) أن تسعة أعشار هذه الحالات يموت من حالة تسمم عمومية وليس من ضعف القلب لذاته واذا امكن منع هذه المضاعفات مثل التهاب اللثة ومحلات الالتهابات الخفية فان المريضة تعيش طويلا مثل الشخص العادى .

الثالثة :— يقول حضرته أن مرض الاورطه والصمام لاخطر منه على الحمل والواقع خلاف ذلك لان مرض Aortic Regurgitation خطر حقيقى و ينقسم الى قسمين أحدهما مصحوب بضخامة فى القلب عظيمة . والثانى تـكون الضخامة بسيطة . فالاول منهما ثبت من التشريح المرضى أن النقص فى الصمام شديد وأن هذه الحالات لا تعيش كثيرا وهى خطر حقيقى على الحمل وحتى فى الحـالات الاعتيادية بدون عمل والثانى قليل الخطر على الحمل ولذا فمقدار ضخامة القلب

فى هذا المرض علامة على شدته وعلى عدم الاذن المريضة بالحمل .

الرابعة : — يقول حضرته أن المصابين من الرجال بامراض القلب يجب ألا يتزوجوا والحقيقة أن كل مريض هو حالة خاصة بنفسه و بعض المرضى يعيشون عمرا طويلا كالشخص العادى . والامر كله لا يتوقف على الصمام ولكن على قوة عضلة القلب .

الخامسة : — يعطى حضرته الديجتالا للوقاية من المرض وهذا لا يتفق مع الابحاث الاخيرة على طريقة فعل الديجتالا لانها لا تؤثر الا على Auriculo Yenticular bunodli ولذا فان كان القلب منتظم الضربات وغير سريع فلا فائدة منها للوقاية . فشكره الحضور على ملاحظاته الثمينة .

ورفعت الجلسة الساعة الثانية عشر ظهرا م السكرتير

القاهره فى ٥ يونيو سنه ٩٢٥ الدكتور محمد خليل عبد الخالق

الجلسه العلميه الخامسه والخمسون

اجتمعت الجمعيه الطبية المصرية فى الساعه السابعة من مساء الاثنين ١٦ نوفمبر سنة ٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور نخبة كثيرة من حضرات الاعضاء والطلبة و بعد تناول الشاى والحلوى افتتح صاحب العزة الدكتور محمود ماهر بك الجلسة من الساعة السابعة و نصف كرئيس ثم دعا الدكتور محمود فريد لالقاء محاضرته عن (العلاج الضوئى) المنشورة فى هذا العدد فاخذ حضرته فى القائها وقد عرض عليه الحضور أثناء ذلك اصوبية استبدال لفظ فوق (من الاشعة فوق البنفسجية) بلفظ (بعد البنفسجية) وقبل الانتهاء عرض على الهيئة مصباحا لتوليد الاشعة هذه شارحا تركيبه ومميزاته وهو لشركة ألمانية انتهزت هذا الاجتماع لعرضه على سبيل الاعلان وقد أتم المحاضرة من جزئها التمهيدى وقرر للعلاج جزءا خاصا وعد بالقائه

فى فرصة أخرى . فشكره الحاضرون على اهتمامه وحسن محاضرته .

وبعد ذلك قام حضرة الدكتور ابراهيم شوقى وقال

أن تأثير الاشعة بعد البنفسجية على تكاس العظام ومنع حدوث الكساح قد يحتاج الى شرح فالظاهر أن تأثيرها هذا غيرمباشر بل بواسطة الفيتامين (A) فانها تنشطه وتقويه اما بتأثيرها على الدم فى الاوعية الشعرية الموجودة بالبشرة واما بتأثيرها على خلايا البشرة الجلدية نفسها

على أن هناك مسألة أخرى فى غاية الاهمية بالنسبة لمرضى الكساح فى مصر فانه مما لاشك فيه منتشر جدا فى أطفالنا بل أن حوالى الخمسين فى المائة بين الاطفال المترددين على عيادات قصر العينى مصابون باعراض واضحة لمرض الكساح هذه ظاهرة غريبة مع سطوع الشمس طول السنة فى مصر باشعتها البنفسجية وبعد البنفسجية وهى الحالة التى تنقص كثيرا من البلدان الاوروبية وتعتبر من الاسباب المهيئة لحدوث مرض الكساح هناك

حضرة المحاضر أفادنا بمسألتين فى هذا الصدد الاولى أن البخار المتصاعد من سطح الارض المنبسطة يمتص كثيرا من الاشعة بعد البنفسجية والثانية أن ذرات الغبار كذلك لها نفس التأثير ولا يخفى أن هذه المؤثرات فى أضعاف قوة أشعة الشمس متوفرة فى مصر فالارض منبسطة والابخرة المتصاعدة كثيرة والغبار كثير فهل هذا يفسر لنا (على الاقل من وجهة واحدة) انتشار مرض الكساح بمصر بالرغم عن سطوح الشمس بها . ثم قام الدكتور نصر فريد بك وابان للحاضرين فائدة الاستعانة بتأثير الضوء فى الاحوال التى يحتاج الرمدى فيها لمعرفة سلامة العصب بتسليط الضوء على العين الفاقدة البصر فتتأثر الاخرى . وكذلك خاصية امتصاص الالوان الاخرى فى خلافها فى معرفة الادعاءات

ورفعت الجلسة فى الساعة التاسعة مساء ؟ السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

مصلحه الصحه العموميه

النشرات الصادرة فى شهر نوفمبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٧٧ تعيين — عين كل من الدكتور فؤاد افندى رشيد والدكتور حسن افندى صبحى بوظيفة طبيب امتياز مؤقت بمستشفى قصر العينى براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا لكل منهما بعقد يبتدىء من ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥ وينتهى ٣٠ سبتمبر سنه ١٩٢٦ وعين الدكتور احمد افندى السيد حندوسه بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥ والحق بقسم الأنكلستوما

رقم ١٧٨ تنقلات — تقرر نقل حضرات البكتريولوجيين المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم :—

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور أرميا افندى دوس	المعامل بالقاهرة	المعمل البكتريولوجى بالسويس	٢٠ — ١٠ — ١٩٢٥
« احمد افندى زكى أبو شادى	المعمل البكتريولوجى بالسويس	المعمل البكتريولوجى ببورسعيد	٢٥ «
« جورج افندى نجيب قصيرى	المعمل البكتريولوجى ببورسعيد	المعامل بالقاهرة	٣١ «

وتقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور محمد نظمى افندى	مستشفى الأنكلستوما بالمنصورة	طبيب ثانى بقسم الابحاث بالمعامل	٣ — ١٠ — ١٩٢٥
« ابراهيم على رمضان افندى	« « بقليوب	طبيب أول الانكلستوما بدمياط	٦ «
« أمين محمد عوده افندى	« « «	طبيب ثانى الانكلستوما بدسوق	٦ «
« فخر الدين الأحمدى افندى	« « بدسوق	طبيب ثانى الانكلستوما بطنطا	٦ «
« شفيق ابراهيم سعود افندى	ملحق « بطنطا	طبيب أول الانكلستوما ببهيا	١٠ «
« رياض أبو سيف افندى	« « بنها	طبيب أول الانكلستوما بقليوب	٦ «
« كامل غبريال افندى	مستشفى « بقليوب	طبيب ثانى الانكلستوما ببنها	٧ «
« عبد الهادى على مسعود افندى	مكتب الكشف العربى بالقاهرة	عيادة الامراض السرية بالقاهرة	سعين التاريخ فيما بعد
« ابراهيم حنفى ناجى افندى	مستشفى الحوض المرصود	عيادة الامراض السرية ببورسعيد	

وتقرر نقل الدكتورين عزيز افندى عبد السيد منصور الطبيب بتفتيش صحة القاهرة ووديع افندى بطرس طبيب صحة بندر دمنهور كل منهما محل الآخر — الأول اعتبارا من أول نوفمبر ١٩٢٥ والثانى اعتبارا من ٤ من الشهر المذكور

رقم ١٨٢ ثناء — « لمناسبة الفاجعة الاليمة التى حدثت فى الليلة الختامية للمولد الاحمدى بطنطا يوم ٢٢ أكتوبر سنة ١٩٢٥ تعلن المصلحة مزيد ثنائها على حضرات موظفى ومستخدمى المستشفى العمومى بطنطا لما قاموا به نحو اسعاف الجرحى وتسهيل الاستعراف على جثث القتلى »

رقم ١٨٣ تعيين — الحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٢٩ الصادرة بتاريخ ٢٠ أغسطس سنة ١٩٢٥ قد تقرر اعتبار تاريخ تعيين الدكتور شفيق افندى ابراهيم سعود الطبيب بمستشفيات الانكلستوما يوم ٧ يوليو سنة ١٩٢٥

وعين كل من الدكتور حسن افندى حسنى شاهين والدكتور عباس افندى حلمى ربيع والدكتور صابر افندى حبيب ناشد والدكتور رياض افندى أبو يوسف والدكتور رياض افندى ناشد والدكتور حافظ افندى محمد توفيق تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها فى السنة براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا لكل منهم اعتبارا من أول أكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحقوا بمستشفيات الانكلستوما

وعين الدكتور عبد الحميد افندى وهبة تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها فى السنة براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا اعتبارا من ١٩ سبتمبر سنة ١٩٢٦ وبموجب عقد فى المدة من أول أغسطس سنة ١٩٢٥ لغاية ١٨ سبتمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى مغاغة

وعين الدكتور عبد الله افندى رفله تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا اعتبارا من أول أكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الاسكندرية

وعين الدكتور محمد افندى أمين صبرى بصفة دائمة بوظيفة طبيب من الدرجة الخامسة التى مربوطها من ٢٤٠ الى ٦٠٠ جنيه فى السنة براتب قدره ٢٦٤ جنيها سنويا اعتبارا من أول أكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الحوض المرصود

وعين الدكتور فيليب افندى بانوب بوظيفة طبيب مؤقت بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٨ جنيها شهريا اعتبارا من ٢٠ أكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الأوبئة

رقم ١٨٤ تنقلات — تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتبار من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم : —

الاسم	من	الى	التاريخ
الدكتور عباس حلمى افندى	طبيب بدل بقسم المستشفيات	طبيب ثالث مستشفى طنطا	٢٩ — ١٠ — ١٩٢٥
« شاكر يوسف «	« ثالث مستشفى طنطا	طبيب ثانى مستشفى قنا	٣ — ١١ — ١٩٢٥
« ابراهيم على رمضان افندى	طبيب الانكلستوما بدمياط	طبيب مقيم بمستشفى اسكندرية	٤ — ١١ — ١٩٢٥
« ناصف توفيق افندى	طبيب مقيم بمستشفى اسكندرية	طبيب بدل بقسم المستشفيات	سيعين التاريخ فيما بعد

رقم ١٨٥ ترقية — قد تقرر ترقية حضرة الدكتور ميخائيل افندى الياس طبيب أول مستشفى اسنا الى الدرجة الخامسة (من ٢٤٠ — ٦٠٠ جنيه) اعتبارا من أول أكتوبر سنة ١٩٢٥

وترقية حضرة الدكتور محمد افندى عبد الحيد جوهر الى وظيفة بكتريولوجى بالمعامل من الدرجة الخامسة (من ٣٨٤ — ٤٩٢ جنيها) اعتبارا من أول نوفمبر سنة ١٩٢٥

رقم ١٧٦ تثبيت — بما ان الدكتور محمود افندى سليمان أباظه البكتر يولوجى بمعامل الصحة العمومية قد قضى مدة التجربه على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

رقم ١٨٩ تعيين — عين جناب الدكتور ا . و . بايرن (Dr. A. W. Byrne) بوظيفة خبير صحى بعقد لمدة خمس سنوات اعتباراً من ١٨ اكتوبر ١٩٢٥ براتب قدره ١٢٠٠ جنيها سنويا بخلاف مرتب الاغتراب

وعين حضرة الدكتور حسين افندى أمين بوظيفة وكيل مفتش الصيدليات تحت الاختبار بالدرجة الخامسة الفنية التى مربوطها من ٣٦٠ — ٦٠٠ جنيه فى العام براتب سنوى قدره ٣٦٠ جنيها اعتبارا من أول نوفمبر سنة ١٩٢٥

وعين الدكتور هرون افندى مصطفى بوظيفة طبيب مؤقت براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا بعقد لمدة سنة اعتبارا من ٢٤ اكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحق بملحق الانكلستوما بدمياط

وعين الدكتور على افندى شافعى المتعافى بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من ٥ اكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الانكلستوما

وعين الدكتور نجيب افندى فوزى عاذر بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من ٢٤ اكتوبر ١٩٢٥ وألحق بصحة القنطرة

وعين الدكتور فوزى افندى حلمى ارمانيوس بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ —

٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى العام اعتبارا من ٥ أغسطس سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الامراض العقلية

رقم ١٩٠ تنقلات — تقرر نقل حضرات الاطباء المذكورين بعد اعتبارا من التاريخ المبين أمام اسم كل منهم . —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور متى مترى الزقم افندى	مستشفى الحميات بالعباسية	مستشفى الحميات ببورسعيد	٢٧ — ١٠ — ١٩٢٥
« عبد الحميد احمد عرقه «	مستشفى الحميات ببورسعيد	عموم المصلحة	٣٠ — ١٠ — ١٩٢٥
« تادرس غالى زيرق «	طبيب ثانى مكتب الكشف العربى	طبيب أول المكتب المذكور	سيعين التاريخ فيما بعد

(تابع) رقم ١٩٠ تنقلات — وتقرر نقل حضرات أطباء الرمد المذكورين بعد اعتبارا من أول نوفمبر سنة ١٩٢٥ : —

الاسم	من	الى
الدكتور يوسف عزمى افندى	طبيب أول الرمد بالفيوم	طبيب أول الرمد بالزقازيق
« باسيلى جرجس «	طبيب أول الرمد بقنا	طبيب أول الرمد بالفيوم
« عبد اللطيف أحمد «	طبيب أو الرمد المتنقل رقم ٤	طبيب أول الرمد بقنا

الاسم	من	الى
الدكتور محمد مصطفى البكرى افندى	طبيب ثانى الرمد بطنطا	طبيب أول الرمد المتنقل رقم ٤
« محمد محمد مكى «	طبيب عيادة الرمد بمدارس القاهرة	قسم الرمد بعموم المصلحة
« عبد الحكيم مصطفى صبرى «	طبيب ثانى الرمد بسوهاج	طبيب ثانى الرمد ببنى سويف
« عبد الحميد حسنى «	طبيب بقسم الرمد بعموم المصلحة	طبيب ثانى الرمد بسوهاج
« صالح على ابراهيم «	العضو الرمدى بالقومسيون الطبى العام	طبيب ثانى الرمد المتنقل رقم ١ (بروض الفرج)
« مصطفى مختار عبد الله «	طبيب ثانى الرمد بشبين الكوم	العضو الرمدى بالقومسيون الطبى العام
« محمد امين «	طبيب ثالث الرمد بالجيزة	طبيب عيادة الرمد بمدارس القاهرة
« عبد اللطيف الكردانى «	طبيب ثانى الرمد بدمنهور	طبيب ثانى الرمد بشبين الكوم

رقم ١٩١ رفت — قد تقرر فصل الدكتور محمد افندى شكرى الطبيب المؤقت بقسم الاوبئة من خدمة المصلحة اعتبارا من ١٦ سبتمبر سنة ١٩٢٥ نقلا على وزارة الحقانية

رقم ١٣٩ تعيين — عين حضرة الدكتور محمد افندى أبو العلا عانوس بوظيفة طبيب معيد مقيم بصفة مؤقتة بمستشفى قصر العينى بعقد لمدة سنة براتب قدره ٣٦٠ جنيها سنويا اعتبارا من أول نوفمبر سنة ١٩٢٥

وعين حضرة الدكتور كامل افندى فائق غرغور بوظيفة طبيب مؤقت بمكتب الكشف على العاهرات الاجنبيات بعقد لمدة سنة براتب قدره ٣٠٠ جنيه سنويا اعتبارا من ٢٩ أكتوبر سنة ١٩٢٥

وعين الدكتور على افنـدى رشدى بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدرة ١٨٠ جنيها سنويا اعتبارا من ٥ أكتوبر سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الانكيلستوما

وعين الدكتور حسن افندى خليفه طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى العام اعتبارا من ٥ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والحق بقسم الانكلستوما

وعين كل من الدكتور محمد افندى على عرفه والدكتور ابراهيم افندى ابراهيم يوسف بوظيفة طبيب امتياز مؤقت بمستشفى قصر العينى براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة بعقد من ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥ لغاية ٣٠ سبتمبر سنة ١٩٢٦

وعين الدكتور حنا افندى حنا بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيها فى السنة اعتبارا من أول نوفمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمكتب الكشف العربى

وعين كل من الدكتور ابراهيم افندى مجدى والدكتور محمود افندى صلاح الدين والدكتور نجيب افندى نقولا ميخائيل بوظيفة طبيب امتياز مؤقت بمستشفى قصر العينى براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا بعقد للمدة من ٤ اكتوبر سنة ١٩٢٥ الى ٣٠ سبتمبر ١٩٢٦

رقم ١٩٤ نقل — تقرر نقل حضرات الأطباء المذكورين بعد اعتبارا من التواريخ المبينة أمام اسمائهم : —

الاسم	من	الى	تاريخ النقل
الدكتور على شافعى المتعافى افندى	قسم الانكلستوما	طبيب مقيم بمستشفى اسكندريه	٤ — ١١ — ١٩٢٥
« محمد أمين سليمان «	طبيب ثان بمستشفى دمنهور	« ثانى « بنى سويف	١٠ «
« سامى رؤوف «	« « بنى سويف	« « « دمنهور	١٢ «
« على رشدى «	قسم ابحاث الانكلستوما (تحت التمرين)	« « « الانكلستوما ببنها	٤ «
« محمد محمود عليه «	طبيب ثانى ملحق الانكلستوما بدمنهور	« أول « « بدمياط	٢ «
« هارون مصطفى «	قسم الانكلستوما (تحت التمرين)	« ثان « « «	٤ «
« أحمد السيد حندوسة «	ملحق الانكلستوما بقليوب (تحت التمرين)	« أول « « ببنى سويف	٢ «
« سلامه صليب «	« « بنها «	« ثان « « «	٩ «
« رياض ناشد «	طبيب أول ملحق الانكلستوما بطنطا	« أول « « بالفيوم	٩ «
« حسن حسنى شاهين «	« « « بنها	« « « « بنجع حمادى	١٠ «

(تابع) رقم ١٩٤ نقل — والحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٨٤ الصادرة فى ٧ نوفمبر ١٩٢٥ قد تحدد يوم ٥ نوفمبر ١٩٢٥ لنقل الدكتور ناصف افندى توفيق من مستشفى اسكندرية الى قسم المستشفيات بوظيفة طبيب بدل

رقم ١٩٥ تثبيت — بما أن الدكتور محمد افندى كامل الخادم الطبيب بمستشفيات الرمد قد قضى مدة التجربة على ما يرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

رقم ١٩٦ رفت — فصل كل من الدكتور حسن افندى فوزى الطبيب بمستشفى الرمد والدكتور على افندى حلمى الطبيب المؤقت بقسم الأوبئة من خدمة المصلحة اعتبارا من ٩ نوفمبر ١٩٢٥ الأول نقلا على وزارة الحربية والبحرية والثانى نقلا على وزارة المعارف العمومية

فهرست المجلة الطبية لسنة ١٩٢٥

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها ايدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبوا الاعلان فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح

وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et repandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces, par an

	Au commencement de la Revue L. E.	A la fin de la Revue L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review.

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates.

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. £. E.	30	20	12	10
Back Section. £. E.	25	15	10	8

العدد الاول   يناير ١٩٢٦   JANUARY 1926   السنة التاسعة

« الاشتراك »

٦٠ قرشا داخل القطر

٨٠ قرشا خارج القطر

للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاعلانات »

ادارة المجلة بخصوص نشرها

(المراسلات)

المقالات والرسائل وجميع ما يتعلق بالمجلة الطبية المصرية

ترسل باسم الدكتور محمد حمدي بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بالقاهرة

الفهرس

الموضوع	الصفحة

المجلة الطبية المصرية

لســان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الاول | يناير سنة ١٩٢٦ | السنة التاسعة

بحث فى العلاج الضوئى

محاضرة الدكتور محمود فريد

(تابع ماقبله)

العلاج

وأول تأثير يظهر على الجسم إذا تعرض للأشعة الضوئية على وجه عام احمرار الجلد Hyperamie وذلك نتيجة تمدد الاوعية الدموية ويعقبه زيادة فى المادة الملونة للجلد Pigment يرجع ازدياد تكونها لمدة تعرض الجسم للضوء والى الكيفية والطريقة التى وقع بها الضوء على الجسم فيشعر المريض بحرارة ضعيفة تخالط جسمه يعقبها راحة ويشتد النبض وتقوى ضربات القلب فيتنفس الصعداء تنفساً عميقا ويتسبب عن احمرار الجلد تغيير عظيم فى توزيع الدورة إذ يتحول الدم إلى الاوعية الجلدية حتى تحتقن تلك الاوعية بالدم وفى ذلك ترويح عن القلب والأوعية الدموية الكبرى التى كانت ممتلئة بالدم وقد استفاد من هذه النظرية هاسلباخ ويا كوبيس Haselbach & Jacobeus فأجريا حمامات بالمصباح القوسى على المصابين

بالذبحة الصدرية Angina Pectoris وحصلا من وراء ذلك على نتائج حسنة وتشعر المرضى عادة بعد التعرض للاشعة الضوئية براحة فينامون نوما مريحا غير مضطرب بعد ان كانوا لا يذوقون طعم النوم الا غرارا ونظراً لما للضوء من المزايا الجليلة فى التأثير على الجلد اتجه نظر العلماء للانتفاع به ومعالجة كافة الفروع الطبية بواسطته فادخلوه فى معالجة الامراض الجلدية والباطنية والجراحية وامراض النساء وامراض الاطفال الخ. ومن ذلك ماصادفه العالمان الالمانيان Kromayer & Josnik كروماير وجوزنيك من النجاح الباهر فى معالجة كثير من الامراض الجلدية كما سبق ذكره فى غير هذا المكان وسبقنا إلى ايضاحه بعض الزملاء ونشرته بعض الجرائد السيارة فاقتصر على ذكر ماصادفه العلماء من النجاح فى معالجة الامراض الباطنية وسوف اعرض ايضاحات هامة عن علاج امراض السل وما للاشعة من الفضل فى انقاذ حياة كثير من المرضى الذين كان قد قضى عليهم بالبؤس والشقاء .

يعالج كثير من الاطباء اليوم فى بلاد المانيا المصابين بامراض القلب بالأشعة الضوئية وغير خاف انه ليس للأشعة البتة ادنى تأثير على التغيرات العضوية التى تلحق القلب أو الأوعية الكبرى فتقضى على ما طرأ عليها من التأثيرات المرضية البتالوجية الا أنه والحق يقال أن للاشعة الضوئية وخصيصا فى ذلك الاشعة المتطرفة للبنفسجية المنبعثة من مصباح الكوارتز المعروف بالشمس العليا تأثير غير مباشر على تلك الامراض فانها بتوزيع الدم على الاوعية الجلدية كما سبق أيضاحه يتسنى للقلب الراحة من ثقيل عمله فيعود النشاط رويداً رويداً الى عضلاته فتنتظم الدورة وفى ذلك تحسين مبين للحالة المرضية وقد اثبتت التجارب كما سبق ذكره بان تعريض الجزء من الصدر الذى تقع فيه حدود القلب للأشعة المتطرفة للبنفسجية يطيل مدة انبساطه ويقوى تقلصه فيقوى النبض ويصير ممتلئا وبذلك يتم توزيع الدم على الاطراف النائية وينال مختلف الاعضاء والاجهزة قسطه منه فتشعر المرضى بحرارة فى اطراف اصابع اليد وفى اصابع الرجل بعد ان كانت تلك الاعضاء باردة يابسة ويكون المرضى احسن حالا وانعم بالا ، خلواً مما ينتابهم من النوبات التى تهدد حياتهم، وبعيدين عن ضيق التنفس Dyspenoe الذى يكدر صفو عيشهم وتنفتح

الشهية للاكل فتقوى اجسامهم و يعاودهم النوم الذى حرم على اجفانهم زمانا فيتحسن المرضى حتى يتمكنوا من مزاولة اعمالهم ويؤدى العلاج بالأشعة الضوئية الى مثل تلك النتيجة فى امراض المعدة والكُلى فتخف وطأة الامراض الناشئة عنها . وللشمس العليا تأثير هام على الضغط الدموى Hypertonie فقد شوهد انه عقب الحمامات بالاشعة المتطرفة للبنفسجية يقل الضغط الدموى فى الشرايين ففضل العلاج الضوئى أى علاج دوائى آخر فى مرض تصلب الشرايين Arteriosklerose التى قد يزيد فيها الضغط الدموى الى درجة الخطر فيعمد الى عملية الفصد التى تضيع على المريض كمية من الدم فتنهك قواه .

أما معالجة أمراض الدم كالأَنيميا الخبيثة Perniciose Anamie والليكيميا Leukamie فلا يجدي فيها العلاج الضوئى نفعاً غير أن برنارد Bernaherd ذكر حالة للكيميا عالجها بالشمس فوق جبال الالب وأسفرت النتيجة بعد مضى بضعة شهور عن نقص عظيم فى حجم الطحال الذى كان قد وصل إلى ضخامة كبيرة

وثبت أن الحمامات الشمسية والحمامات الضوئية الصناعية تزيد فى كمية الهموجلوبين وتزيد عدد الكرات الدموية Erytrocyte الحمراء ويسند علماء الألمان هذين التأثيرين الى التمدد الذى يلحق الأوعية الدموية الجلدية.

معالجة الامراض المعدية Maladies Infectiues

وصادفت معالجة الامراض العفنة بالأشعة الضوئية نجاحاً باهراً فالطبيب (ماى) May توفق الى نتائج سارة فى شفاء حمى الملاريا وقد جاء فى تقاريره بانه ينصح بأن تصحب الحمامات بحقن الكينا والنيوسلفرسان Neosilversan و نشر بريجر Brieger نتائج معالجاته للامراض الزهرية بالاشعة فأثبت فى تقاريره بأنه شفى الأمراض الزهرية بالاشعة المتطرفة للبنفسجية وحدها دون الضوئية بغير أن يضيف الى ذلك أى علاج آخر وقد خالفه جمهور المؤلفين فى الرأى وقرروا عكس ماذهب اليه بريجر بأن ليس للاشعة الضوئية ثمة تأثير على الامراض الزهرية ولم يشاهد للضوء أدنى تأثير على الدفتريا الحادة غير أنه جدير بالذكر وتقريراً للحقائق الثابتة نذكر ان لوفنستين Lowenstien حقن أرنباً بميكروب الديفتيريا .Dephterie Bact ثم عرضه

لتأثير الاشعة المتطرفة للبنفسجية وبحث الارنب بعد ذلك فوجد جسمه خالياً كلية من ميكروب الدفتريا وهذا دليل ناصع على أنه ليس كل مايجرى فى الحيوان من التجارب يكون دليلا على أن له تأثيراً مماثلا فى الانسان إلا أنه من الثابت أن الاضاءة تفيد فى دور النقاهة من الدفتريا بتنشيط الجسم واعادة القوة والنشاط الذى فقدهما زمن المرض اليه فى وقت قصير .

وشوهد نجاح عظيم فى معالجة الحمرة Erysipel بالاشعة المتطرفة للبنفسجية وذلك بأن يكتفى بتعريض الجزء المصاب لتأثير الأشعة ويكفى تكرار تلك العملية بضع مرات لزوال الحمرة تماماً .

وكثيراً ماشوهد أن عرض مصاب بالانفلونزا Grippe لتأثير الأشعة المتطرفة للبنفسجية فكانت نتيجة ذلك ايقافاً لسير المرض أو تقصيراً فى مدته حتى ينال المريض الشفاء فى زمن وجيز وأذاع ليوبولد Leopold على جمهور الاطباء نتائج سارة فى معالجة السعال الديكى بالاشعة المتطرفة للبنفسجية الا أن هامبورجر Hamburger وهو الاستاذ الثانى في أمراض الاطفال فى جامعة برلين لم يقر رأى ليوبولد ولم يثبت له ما عثر عليه زميله من النتائج الا أن فاجنر Wagner ينصح باستعمال الاشعة المذكورة فى معالجة الاطفال المصابة بالسعال الديكي الى جانب العلاج الدوائى وشاهد جمهور عظيم من المؤلفين تحسيناً عظيما فى مرض التتانوس Tetanus بعد أن عرضت الجروح المصابة لتأثير الاشعة المتطرفة للبنفسجية ويرجع ذلك بغير شك لما للضوء من الخاصية فى ابادة الجراثيم التى تطهر الجروح بما شابهها وخالطها من ميكروب (الكزاز) .

أمامعالجة داء النقرس بالاشعة المتطرفة للبنفسجية فهام جداً إذ أن الوظيفة الطبيعية للجلد تفسد فى هذا المرض وتسوء الافرازات الجلدية مما يتسبب عنه زيادة في كمية أملاح البولينا التى ترسب وقتئذ فى مختلف الاعضاء . وبالأخص المفاصل فاصلاح الجلد واعادة وظيفته الطبيعية اليه ضرورة لازمة لشفاء داء النقرس وقد عرض الاستاذ بنكوسن Pincussin على المؤتمر الطبى للاشعة المنعقد فى برلين عام

١٩٢٤ تجارب عديدة أجراها على كثير من المصابين بداء النقرس أسفرت كلها عن تحسين مدهش فى حالة المرضى وفى سير المرض .

واثبت أن الأشعة المتطرفة للبنفسجية تتلف بلورات حامض البولينا اذا وضعت فى مخبار وعرضت لتأثيرها ولا جرم أنها على هذا المثال تتلف ماتجمع من تلك البلورات فى الجسم البشري وتجرى اليوم فى برلين تجارب عديدة للتوصل الى شفاء داء النقرس بالأشعة الضوئية وعالج لامبيه Lampé جملة من المرضى المصابين بداء البول السكرى Diabetes Militus بالأشعة المتطرفة للبنفسجية فصادف عمله نجاحا فى تحسين حال المرضى أما الاستاذ بنكسن Pinkussin فقد توصل الى تخفيض كمية السكر المنفرزة فى البول لدرجة عظيمة حتى فى أحوال الاصابات المرضية الشديدة التى لم يؤثر فيها أى علاج دوائى ونجح بواسطة العلاج فى إزالة السكر من البول بتاتا لزمن مّا وقد شاهد أيضاً حوادث لم تؤثر عليها الأشعة بتاتاً ولم نعرف بعد الكيفية التى تؤثر بها الأشعة على السكر فهل نقص السكر فى البول أو زواله منه يرجع لتأثير الأشعة على انقاص كمية السكر التى تكون فى الجسم أو أنها تزيد فى احتراقه أو ترجع لكلا السببين معا والبحث جار اليوم عن الاهتداء الى السبب الحقيقى والحق يقال أن الجلد تسوء حالته فى مرض السكر ويقل عمله الفسيولوجى فتحسين حال الجلد واعادة وظيفته الطبيعية اليه من العوامل الفعالة في شفاء هذا الداء .

واتفقت طائفة من المؤلفين على أن علاج الأشعة يفيد في الروماتزم خصوصاً الحاد ومن الجلى أن الأشعة قصيرة الموجة تزيد فى قوة الامتصاص فيحدث بذلك تحسين عظيم فى الحالة المرضية .

معالجة أمراض الاعصاب

نشر برستين Brustien فى مجلة العلاج بالطرق الطبيعية والتدبير الغذائى Zeitschrift f. physical. & Diat Therapie Bd. XIII 4. 9. 1909,10 نجاحه فى معالجاته لعرق النسا بالأشعة قصيرة الموجة وبسبب ماصادفه من النجاح فى ذلك انتشر علاج النيرالجيا فعالج Occipitalis, Brachialis Neuralgien Trijeminus Neuralgien بنتائج

حسنة وأثبت كلا Kelle وسوكولو Sokolow ان الأشعة المذكورة لها تأثير عظيم فى معالجة اضطرابات القلب العصبية Neurosa Cordis وفي مرض الهستريا Histerie والكوريا Chorea الرقص السنجى ومرض عدم القدرة على ضبط البول Enuresis وكانت نتائج التحسين عظيمة [(Zietschrif f Physicale, Therapie Bd XIV 1915)] فى تلك الامراض واذاع فاجنير Wagner نجاحه فى علاج داء الصرع Epilepsie بالشمس العليا ويعزو بعض المؤلفين تأثير الأشعة على الامراض العصبية لمؤثرات نفسانية Suggestiv وحقا أن تلك المؤثرات لا ينكر وجودها غير أن من يشاهد احمرار الجلد وامتلاء اوعيته بالدم بعد التعرض للاشعة قصيرة الموجة لا يشك لحظة واحدة فى ان ذلك يرجع فقط للمؤثرات النفسانية التى تكون العامل وحدها على الشفاء بل على النقيض من ذلك يرى أن التأثير هو للأشعة بغير شك وبديهى أن الأشعة التي تؤثر على الجهاز الهضمى والدورى بغير شك تؤثر على العظيم السمبتاوى الذى لا ينكر تأثيره فى تخفيف وطأة العلل وزوال الآلام ومما يثبت تلك النظرية ما نشره لازاروس Lazarus من النجاح فى معالجة اصابات الأوعية الدموية العصبية . Arteriospasmen Angioneurosen واضطراب السفور الجلدى Parasthesien الناشىء عن اختلال فى الجهاز الدورى العصبى Vasomotor .

وأول من عالج المجاذيب بالأشعة الضوئية الطبيب الايطالى Pouja عام ١٨٧٦ فشاهد أن المجاذيب المصابة بالملاخوليا Melancholie يميلون للكلام وهم أظهر لحركة الانتعاش والترويح عن النفس اذا تعرضوا للأشعة الحمراء وشاهد أن الضوء الأزرق يكسر من حدة المجانين عند هياجهم ويهدىء من خواطرهم .

معالجة الامراض الدرنية

لقد أصبح للاشعة الضوئية على اختلاف انواعها وتعدد اشكالها اهمية كبرى فى معالجة الامراض الدرنية ولا جرم ان الفضل فى ذلك يرجع للطبيب الدانمركى فنزن Finsen الذى كان أول من عالج اللوبس Lupus بالاشعة بعد ان

استعصى هذا الداء على كل دواء ولم يعرف له الا الكى بالحديد المحمى فعلم الناس فنزن ان فى الاشعة عاملا للشفاء .

وقد خطر لفنزن معالجة سل الجلد بالأشعة الضوئية لما يعلم من خاصية الضوء من انه مبيد للجراثيم التى بأبادتها يتم الشفاء ولا تتحقق تلك النظرية فى الأحوال التى تكون فيها الجراثيم مختفية فى الأنسجة فى مأمن من تأثير ضوء الشمس عليها غير أنه لما تحدثه الأشعة القصيرة الموجة من الالتهاب والاحتقان تأثير على الجراثيم مما يترتب عليه شفاء اللوبس وغيره من الأمراض الدرنية التى تعالج حتى الساعة على تلك الطريقة فى المعهد الذى أسسه فنزن فى كوبنهاجن وذلك بنجاح فائز وما كان أحد ليحلم قبل هذا بما للأشعة الضوئية من التأثير العظيم فى شفاء العلل ومعالجة الأمراض ومن ذا الذى يعرف كيف يشوه اللوبس الوجه ثم يرى نتائج العلاج الضوئى وقد امحت التشويهات الفظيعة ولا يقر لفنزن بما له من الفضل على الإنسانية .

بيد ان العلاج الذى كان يتبعه فنزن فى معالجة اللوبس وأمراض الجلد الدرنية علاج موضعى إذ نشأ بعد ذلك بين جمهور المؤلفين حرب عوان لوجوب تعميم العلاج بتعريض الجسم عامة لتأثير الضوء اعتبارا بان مرض السل مرض عام يقتصر ظهوره على عضو ما وليس بمرض موضعى فقط للعضو المصاب وانصار الرأى الأول كثيرون من العلماء الألمان وقد عالج هوفمان Hoffmann مرض اللوبس بتعريض الجسم كله للأشعة وشفى المرض بتلك الطريقة دون ان يعمد الى العلاج الموضعى غير انه من المحقق اذا اقترن العلاج العام بتعريض الجزء المصاب لتأثير الشمس العليا فان ذلك يقصر في زمن العلاج تقصيرا بينا وقد عولج لوبس الأغشية المخاطية على هذا النحو وانتصاراً للرأى القائل بان السل مرض عام أنشأ فيشمان Wichmann فى هامبرج معهـدا يجرى فيه العلاج العام فى معالجة الأمراض الدرنية .

ولم يعلم بعد هل يجب أن يقرن العلاج بالأشعة فى معالجة الأمراض الدرنية بعلاج خاص Therapie Specifique ؟ وإذا وجب ذلك فلأى حـد يجب

اجراء العلاجين معا وذكر أستراوس Strauss نجاحه فى تجارب عديدة اردف فيها العلاج الضوئى بعلاج خاص باستعماله مركبات نحاسية Lecutyl ولا يستطاع اليوم ايراد حكم قاطع في صلاحية هذا النوع من العــلاج قبل أن تعرف نتائج استراوس بنجاح غيره من المؤلفين .

أما علاج السل الجراحى بالأشعة والحمامات الهوائية معا فقد دخل اليوم فى دور جديد وأول من عالج هذه الطريقة الطبيبان السويسريان برنارد وروليه وبعد النجاح الباهر الذى صادفه هذان الطبيبان فى معالجة السل لم يعد بد من اعتبار السل الجراحى مرضا عاماً ولا يصح اعتباره الا ظواهر موضعية لمرض عام ومن ذلك ما جاء فى كتاب روليــه « ولا يمكننا اليوم اعتبار السل الجراحى Tuberklose Chirurigcale باى حال من الأحوال مرضا موضعيا يتطلب علاجا موضعيا فالأمر بعكس ذلك اذ انا نجد أنفسنا امام مرض عام يتطلب علاج الجسم كله بحذافيره » .

والقصد من العلاج العام هو الحمام الشمسى فى الخلاء ومعناه تعريض سطح الجسم باكمله لفعل الشمس والهواء وفى ذلك اكبر مقو للجسم فاذا نظرنا الى المرضى الذين يقصدون الجبال وقد أضنى المرض اجسامهم وفت فى عضدهم فقواهم منهوكة وعزائمهم خائرة تراهم لا يلبثون الا اياماً قليلة بعد أن تعرض أجسامهم لفعل الشمس والهواء فى اماكن مرتفعة تكتنفها الجبال بعيدة عن الأعاصير والرياح حتى يشعر المريض براحة فى جسمه وطمأنينة تغشى قلبه فتبعث فيه نور الأمل بعد أن قطع الرجاء من نوال الشفاء

ويتبع روليه فى علاجه التدرج مشـدداً فى مراعاة المزاج الفردى فى تطبيق العلاج إذ يجتهد فى تعويد كل مريض حسب استعداده الشخصى على أهوية الجبال مع مراعاة شـدة الحرص والدقة المتناهية فى تعريض جسم المريض لفعل الأشعة الضوئية فلا يبدأ العلاج الا بعد ان تعتاد المرضى على الجو الجديد فى مدة تتراوح من ثلاثة أيام إلى عشرة أيام مراعيا فى ذلك شدة المرض ودرجته ويبدأ علاجه بان يجعل المرضى يتعرضون للشمس وهم بلباسهم العادى نحو ساعة أو ساعتين

فى بحر اليوم كله وهم مضطجعون على سررهم حتى إذا ما اعتادوا على الطقس بدأ بكشف الاطراف السفلى من الجسم بقطع النظر عن الموضع الذى فيه المرض وكرر ذلك ثلاثة أو أربع مرات فى اليوم لمدة خمس دقائق فى فترات بينها ساعة زمانية فهو يكشف في اليوم الاول الجسم من القدم الى الاربية ويزيد يوميا فى كشف جزء يسير من الجسم ويشترط ان لا يعرض الجسم بمجموعه للاشعة قبل مضى اسبوع من أول اضاءة وينصح روليه بتغطية القلب بكمدة مبللة بالماء وإذا كان المريض فى حال من القوة يستطيع فيها الرقود على بطنه اضاء الخلف على نحو الطريقة التى ذكرناها تماماً وباتباع تلك الطريقة تزيد قابلية الجسم لتحمل الأشعة ويسهل اعتياد المرضى عليها فلا يمضى الازمن يسير حتى يستطيع المرضى فيها ان يمكثوا فى العراء تحت الاشعة الشمسية مدة تتراوح من أربعة الى ست ساعات يومياً ولا بد من ادخال تغيير بسيط على تلك الطرق حسب المزاج الفردى Iudividuelle وبدرجة ازدياد المادة الملونة للجلدة ولقد ادرك روليه باتباع تلك الطريقة نتائج باهرة فى معالجة السل الجراحى وقرن علاجه الشمسى بلوسائل التجبيرية Methodes Orthopédes واستطاع بذلك تحريك الاعضاء المصابة به والمفاصل المتيبسة Ankylose لدرجة تثير الاعجاب وحصل على نتائج مدهشة فى علاج الدرن المفصلى Tnberklose Artritiden يستوى فى ذلك امراض العمود الفقرى من سل الفقرات Spondilitiden وسل مفصل الفخذ Coxitited فترى النواسير تفسد والخراجات الباردة تمتص وترى العظم المعوج استوى فى الاستقامة وانصلح وتغطى بجلد سليم وتقوى العضلات وتعود الحركة للمفاصل التى كان اقصى ما يرجى منها هو التيبس Ankylose وانى احيل من أراد التوسع وطلب التفصيلات الشائعة في ذلك على كتاب روليه.

ومما يفيد فيه العلاج الضوئى فائدة تذكر الجهاز البولى فترى القرح المثانية تلتحم بعد أن ينظف جوفها والنواسير البولية تنسد وترى الجروح التى علقت بها الادران بعد عملية استئصال الكلا Nephrektomie تبرأ وتشفى وقد يشاهد انه بعد بضع اضاءات تخف الألام الصادرة من الكلا أو المثانة وتقل عدد مرات

التبول واذا بالت المرضى لا تشعر بحرقان أو آلام فى قناة مجرى البول كما أن الصديد المنفرز فى البول يأخذ فى القلة وقد حصل الاطباء على تلك النتائج كلها بالعلاج الشمسى وحده Heliotherapie حتى كانت الحاجة غير ماسة لاستعمال أى دواء آخر

ويستعمل العلاج الشمسى فى أحوال اصابات كلا الكليتين معا بالدرن فاذا ما كانت اصابة احداهما ضعيفة تحسنت لدرجة يستطاع فيها استئصال الاخرى التى اشتدت عليها وطأة المرض لفسادها دون خطر يهدد حياة المريض ويوقف العلاج الشمسى سير المرض فى أحوال الدرن الكلوى المتقدمة ويمنع وصول العدوى الى الانسجة السليمة التى لم تتلوث بعد .

ومن الامراض التى يفيد فيها العلاج الضوئى وتسفر نتيجة العلاج عن نجاح باهر اصابة البربخ بالدرن.

وينجح العلاج سواء أكانت الاصابة قاصرة على أحد البربخين أم انتاب المرض وكلاهما واذا غمرت الاصابة المضاعفات كالنواصير فيحقق فيها كذلك الشفاء .

اما حالات سل البريتون التى عالجها روليه Rollier بالضوء الشمسى وكانت تصحبها المضاعفات فكان سرعان ما يتعود المريض على طقس الجبال حتى تهبط الحرارة الى الدرجة الطبيعية خصوصا عند من بلغت ارتفاع درجة حرارتهم حد التوسط وكانت الحرارة آخذة صورة منتظمة وأسرع ما يشفى الضوء من انواع الالتهاب البريتونى النوع الصديدى Peritonitis Exudativa فلا تمضى بضع أسابيع قلائل على العلاج حتى تمتص كميات هائلة من الصديد سواء أكانت الحالة مزمنة أم على أثر نكسة Rezidiv أو كانت قريبة العهد وسرعان ما يزول الانسكاب تماماً وتتحسن حالة المريض وكذلك الحال فى التهاب البريتون الليفى Peritonitis adhesiva fibrosa الالتصاقى فانه سريع الشفاء بالضوء ويشفى الضوء التلوثات الدرنية حول الكبد Perihepatitis وكذلك الواقع منها حول المصران الاعور Pericoecal فترى الانتفاخات والاورام الليفية تنفك وتنصرف حتى لا يبقى منها باقية ولا تلبث

أن تزول جميع التصاقات الامعاء حتى تعود الى حركتها وتخف الآلام عادة بعد بضع اضاءات لتزول تماماً بعد أن يمضى ردح من الزمن.

وقد عولج سل العيون بالضوء وادركت فيه نتائج حسنة وأعجب مما تقدم ذكره من تأثير الضوء على الأمراض الدرنية علاج الغدد الدرنية Adinitiden بالضوء فبقطع النظر عن موطنها سواء أكانت عنقية أم أبطية أم أربية فانا نراها بعد العلاج ناقهة صحيحة لاتلبث بعد اضاءات قليلة ان تلين لتزول بعد زمن قصير تماماً بعد البزل أو تمتص دون أن تترك أثراً لها وتستوى فى ذلك أيضاً الغدد الغائرة مثل غدد القصبة الشعبية Tracheobronchial فانها رغما عن بعد غورها يلحقها التحسين المبين .

وجدير بالذكر انه كثيراً ما يتفق بعد أن تتعرض الغدد الليمفاوية خصوصاً الواقعة منها فى العنق والتى لم تتقيح بعد لتأثير الشمس شهوراً طويلة دون أن يطرأ عليها تغيير أو يدخل عليها تبديل ان تمتص وتزول اذ نراها تلين فجأة وينتاب المريض ألم فى الرأس وترتفع درجة حرارة الجسم قليلا ولا خوف على المريض من تلك الاعراض ولا خطر فان هى الا ظواهر أعراض الامتصاص وهى قصيرة المدة .

أما برنارد Bernard فان لم يتبع مذهب رولية فى العلاج ولم ينح نحوه فانه من القائلين بأن السل مرض موضعى وليس بعام ليظهر تأثيره فى عضو ما أو فى أعضاء مختلفة كما سبق بيانه فهو ليس فى حاجة لعلاج الجسم كله بتعريضه للأشعة الضوئية عامة اللهم الا فى الاحوال التى يعم انتشار المرض فيها سائر الجسم مثل مرض العقد الليمفاوية الكثيرة التعدد Multiple lymphom ويقتصر برنارد فى تعريض العضو المصاب فقط لتأثير الشمس ويعمد لتقوية الجسم باعطاء المرضى حمامات هوائية بأن ترقد المرضى مكشوفة الجسم فى مكان طلق الهواء .

ويقول برنارد أن إجراء علاج الحمامات الشمسية الوضعية تمكنه من إطالة زمن العلاج دون أن يصيب المرضى أذى أو ينتابهم ضرر فانها أقل تأثيراً على أمزجة المرضى من الحمامات العامة ويقول الطبيب بينكسن بأنه رغم اتباع العلاج

الضوئى الموضعى فتأثير الضوء يبلغ الجسم ويؤثر فيه بحذافيره . ويعرض برنارد العضو المصاب أو الجهة التي تقع فيها الاصابة للاشعة الشمسية فقط بينما أن الاجزاء الاخرى من الجسم تلبث مغطاة بالملابس أو بأغطية حسب الاحوال ويحمى برنارد الرأس من تأثير الأشعة بتغطيته ويبدأ علاجه كما يبدأه روليه بزمن قصير يزيده تدريجا لايتجاوز زمن الاضاءة فى النهاية القصوى أكثر من ثلاث ساعات .

وقد أظهر أدق الاحصائيات التى عملت لنتائج علاج السل الجراحى وماوصلت اليه من النجاح أن طريقة برنارد مماثلة تماما لطريقة روليه فيتشنى لمن طرق باب العلاج الضوئى اختيار أحدى الطريقتين .

ومما نشره برنارد من نجاحه فى العلاج الشمسى شفاء الالتهاب البريتونى Tuberclose Peritonitis والانسكاب البليراوى Pleuritis فشاهد سرعة امتصاص السوائل وزوال الأورام وأكد برنارد فى مشاهداته ان فى الشمس شفاء لجميع الاورام الليمفاوية والدرنية على اختلاف أنواعها وفى جميع أدوارها سواء فى ذلك المتضخمة والمتقيحة والمتقرحة وتتأثر تلك الاورام بالضوء سواء أكانت سطحية أم غائرة كالغدد الليمفاوية الخارجة عن التجويف البريتونى Retroperitoneal والشعبية (Bronchial) ويفضل العلاج الضوئى فى شفاء الغدد الليمفاوية عن العلاج الجراحى فان الغدد الغائرة التى لايدركها الجراح بمشرطه والتى لا يستطيع لرؤيتها سبيلا لصغر حجمها تمتص كلها بتأثير الضوء وسأعرض على حضراتكم بعض حالات درنية عولجت بالضوء نقلا عن كتاب روليه .

علاج السل الرئوى

أحرز روليه نتائج مرضية في علاج السل الرئوى بالاشعة الشمسية ويؤكد انه فى الحالات التى عالجها لم يشاهد ظهور المضاعفات بعد العلاج الشمسى كالحمى أو الاحتقان أو النزيف بل شاهد بالعكس من ذلك تحسيناً عظيما فى الحالة العامة

المرضى بعد مضى زمن يسير من الاقامة فى جو الجبال المرتفعة والتعرض للشمس.



« طريقة علاج سل الفقرات لتحريك مفاصل بين الفقرات بالرقود على البطن مع رفع مقدم الجسم لاصلاح تحدب العمود الفقرى وزيادة انبعاج الظهر Lordose تدريجيا وبهذه الطريقة يمكن اضاءة العمود الفقرى باكمله »

ولابد من مراعاة المزاج الفردى فى اجراء العلاج الضوئى والتشدد فى ذلك من الاهمية بمكان، اذا شئنا أن نقى المرضى شر المضاعفات وادى علاج الاطفال والشبان المصابين بارتشاحات ضعيفة فى قمة الرئة الى نتائج مدهشة تبعث على السرور والارتياح.

ويشفى العلاج الشمسى الصغار والكبار على السواء الذين فى الدرجة الاولى والثانية من مرض السل الرئوى ويشترط خلو المرضى من الحمى وأن يكون سيره حثيثاً ولم يشترط باخ Bach ولا Kreiger ولاغيرهما من المؤلفين خلو المرضى من الحمى فانه بناء على مشاهداتهم انخفضت درجة الحرارة وزالت الحمى على أثر العلاج غير أن داود David ينصح بأن تجرى الاضاءة في الساعات من النهار التى تكون

المرضى خالية فيها من الحمى ويفضل أن لا ينتخب زمن الاضاءة فى الساعات من النهار التى تبلغ فيها حرارة المريض الدرجة القصوى من الهبوط حيث يشتد العرق الذى يكون بمثابة عائق للشفاء .



« صورة طفلة عمرها ١٢ سنة مصابة بسل فى فقرات الصدر (Spondilitis Thoracalis) مع تحدب عظيم ومصابة بشلل مزدوج مع ضعف العضلات Atrophie Musculaire والحالة العامة منحطة »

أما حالات الدرجة الثالثة التى تفرقت فيها الارتشاحات الرئوية وأخذت تلين وزادت كمية البصاق فتأخذ في التحسين لدرجة مرغوبة ويشترط أن يكون أولئك المرضى خلواً من الحمى وألا يكونوا وصلوا فى مرضهم الى درجة عظيمة من النحافة والضعف حيث يستعصى فيها الشفاء غير انه والحق يقال ان مايدخل من التحسين على حال أولئك المرضى بعد علاجهم بالاشعة يرجع اليهم من النشاط والقوة ما يمكنهم من القيام باداء مهام أعمالهم في الاجواء المرتفعة ولا يرى رولييه من حاجة الى اقتران العلاج الشمسى بالتبر وكلين فهو زائد عن الحاجة لا يلجأ اليه الا فى بعض الاحوال النادرة



« المريضة السالفة فى نمرة ٢ بعد أن شفيت وانصلح اعوجاج عمودها بزوال تقوسه الشديد بعد علاج دام سنة ونصف لم يستعمل فيه للمريضة شىء من الجبس مطلقا »

ومما كان شفاؤه ناجعا من امراض الرئة الأنسكابات Pleuritiden فتراها تزول بالامتصاص سيان اذا استعملت فى ذلك الأشعة الشمسية او الاضواء الصناعية المنبعثة من الشمس العليا وتكسب الأقامة فى الجبال الجسم زيادة فى القوة وفى الوزن

وقد تمكنت طائفة من الاطباء من علاج سل الحنجرة بواسطة مرايا عاكسة للضوء واحرزوا من وراء ذلك نتائج حسنة .



« طفلة عمرها أربع سنوات مصابة بالتهاب شديد متقدم فى مفصل الفخذ Coxitis مع تلف برأس عظم الفخذ وقصر فى الرجل انتهى بان أخذ الساق الموضع الخاص مع ضمور عضلاته»

قد ترتب على ما صادفه علاج السل من النجاح الباهر فوق جبال الألب الشاهقة في سويسرا انتشار هذا العلاج فى الجبال المتوسطة الارتفاع وتعداه الى الاراضى المنخفضة السهلة فاجرى الأطباء تجارب عديدة لعلاج السل خصوصاً فى الجبال الالمانية المتوسطة الارتفاع وكذلك على الشاطىء الجنوبى فى بلاد فرنسا وتشهد التقارير بان نتائج العلاج فى تلك الجهات كانت من النجاح بدرجة تماثل نجاح الاستشفا



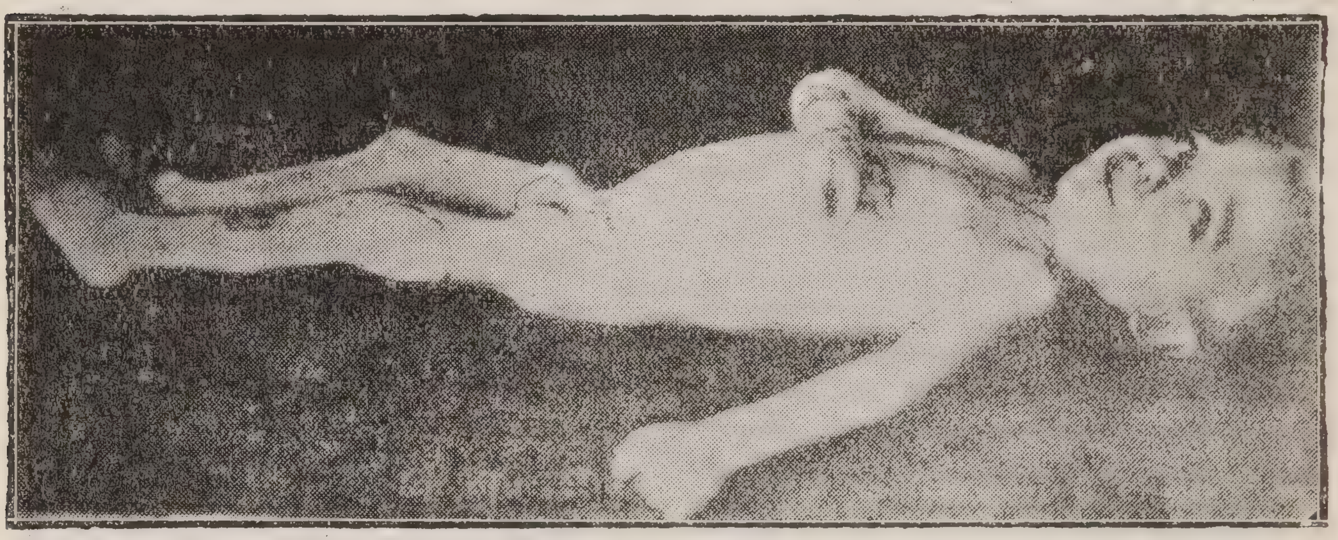
« المريضة الآنفة الذكر بعد شفائها فجأة
وعودة المفصل الى حركته الطبيعية »

فى الجبال الشامخات الا أن الاحصائيات تثبت زيادة بينة فى نسبة عدد من شفى ممن عولجوا فى جبال سويسرا عمن عولجوا فى غيرها من الجهات القليلة الارتفاع أو الارض السهلة .

أما اذا اطلعنا على تقارير بير Bier التى قدمها للجنة المركزية الالمانية لمكافحة مرض السل بما صادفه من النجاح فى المستشفى الذى أسسه في سهول براندنبرج في هوهنليكن Hohenlichen بالقرب من برلين حيث جاء فى التقرير المذكور أن نتائج العلاج في هوهنليكن تماثل تماما العلاج فوق جبال الالب .

وجدير بالذكر والالتفات أن علاج السل الرئوى فوق قمم الجبال لم يصل الى درجة ما وصل اليه علاج السل الجراحى من النجاح حتى اذا قارنا النتائج وجدنا الفرق بينهما شاسعا خصوصا اذا قارناهما بالمصحات التى أقيمت فى السهول على وجه عام وذلك يرجع الى العوامل المرضية في السل الرئوى الصعبة المعقدة خلافا لسل المفاصل وغيره .

أما الحالات المرضية من السل الرئوى التى اشتد فيها المرض وكان سير انتشاره فى الانسجة الرئوية سريعا progredient وفى الحالات التى بلغ فيها النسيج الرئوى عطب بليغ وفى جميع أشكال السل الرئوى الالتهابى فلا يفيد العلاج الضوئى بتاتا وينصح باكميستر Bacmeister بالا يعرض أمثال اولئك المصابين لتأثير الشمس

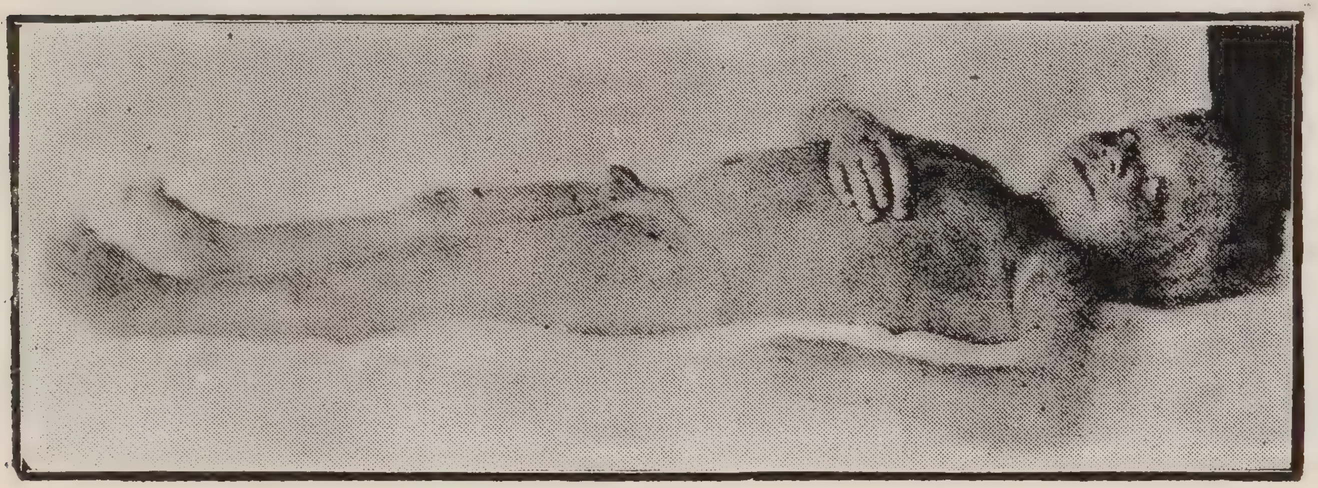


طفل عمره ٤ ½ سنة به ٣٤ اصابة التهاب عظمى التهاب سمحاقى
التهاب العقد الليمفاوية مع تكون النواصر وسل متقدم لكلا القدمين
وكذلك لليد اليمني اصابة شديدة بالرئة اليسرى — التهاب بريتونى هزال

المباشر بل يقتصر فيه على رقود المرضى فى الهواء الطلق . والرقود فى الهواء الطلق يفيد فى علاج السل الرئوى فى جميع أشكاله ويتطلب تطبيقه فى جميع الاحوال تقريبا فترى فى المستشفيات الكبرى داخل المدن تنقل المرضى فى زمن الشتاء باسرتهم فى بحر النهار فى الفراند أو يظلون فيها حتى المساء ملفقين باغطيتهم الصوفية بحيث لا يصلهم تأثير البرد فان البرد شديد الخطر على صحة المصابين بالسل أما المرضى الذين اشتد عليهم المرض فيمكثون رقودا فى أسرتهم فى غرفهم زمن الشتاء .

أما النظام الذى اتبع فى مصحات السل الرئوى فقد صنعت لكل حجرة شرفة كبيرة (بلكون) فيها كرسى طويل يضطجع عليه المريض نهاراً ويشددون فى المصحات بفتح جزء من الشباك حتى فى الشتاء لدوام تجديد هواء الغرفة وفى تلك الحال يعتنى بتدفئة الحجرة وسرير المريض عناية زائدة ويلف المريض نفسه

جيداً فى (بطانيات) صوف وتوضع في سريره أوعية تحفظ فيها حرارة الماء الساخن التى ملئت به ا ما إذا أمطرت السماء وساءت الأحوال الجوية فيظل المرضى فى حجراتهم ويقتضى علاج السل الرئوى عناية تامة عند تعريض المريض للضوء فلا بد من تقصير زمن الاضاءة فى بدأ العلاج والتدرج فى زيادة الاضاءة حسب المزاج الفردى حتى يستطاع تعريض المرضى لمفعول الضوء زمانا طويلا دون الاضرار بصحتهم .



« الطفل المذكور بعد مضى سنة عليه فى العلاج
عودة العضلات الى ماكانت عليه ورجوع الصحة التامة للطفل »

ولم يكن يبلغ تأثير الشمس الصناعية فى مرض السل الرئوى شأن الشمس الطبيعية فى أجواء الجبال المرتفعة حيث يتوفر الهواء الجيد وان كان باحتراق الضوء الصناعى يتولد غاز الاوزدن Ozon إلا أن نتائج العلاج على وجه عام بالأضواء الصناعية لم تكن تصل الى الدرجة التى حصل عليها الأطباء فى الأجواء العالية وعلى أى حال فالشمس الصناعية ذات تأثير جيد على الجسم بما تنظم من توزيع الدورة على الاطراف وانتشارها على سطح الجلد فتحسن بذلك وظيفته وربما كان للضوء الصناعى تأثير مباشر على ميكروب السل بما يزيده فى الجسم من عوامل مناهضة المرض Allergie فنشاهد بعض الاضاءة تحسينا فى حالة المريض العامة فيهدأ نومه ويمتنع العرق الذى كان يتصبب من جسمه ليلا وتزول آلام الرأس وتنفتح الشهية للطعام إلا إذا لم تراع شروط الاضاءة وتتخير الحالات

حالات اكلينيكية

للاستاذ الدكتور على بك ابراهيم

(١)

انسداد البواب وضيقه عقب قرحة معدية مزمنة

عملية توصيل المعدة بالمعى الصائم

فاطمة سعد مريضة عمرها ٥٠ سنة من امبابه (الجيزه) دخلت قصر العينى فى ٣١ / ٦ / ١٩٢٥

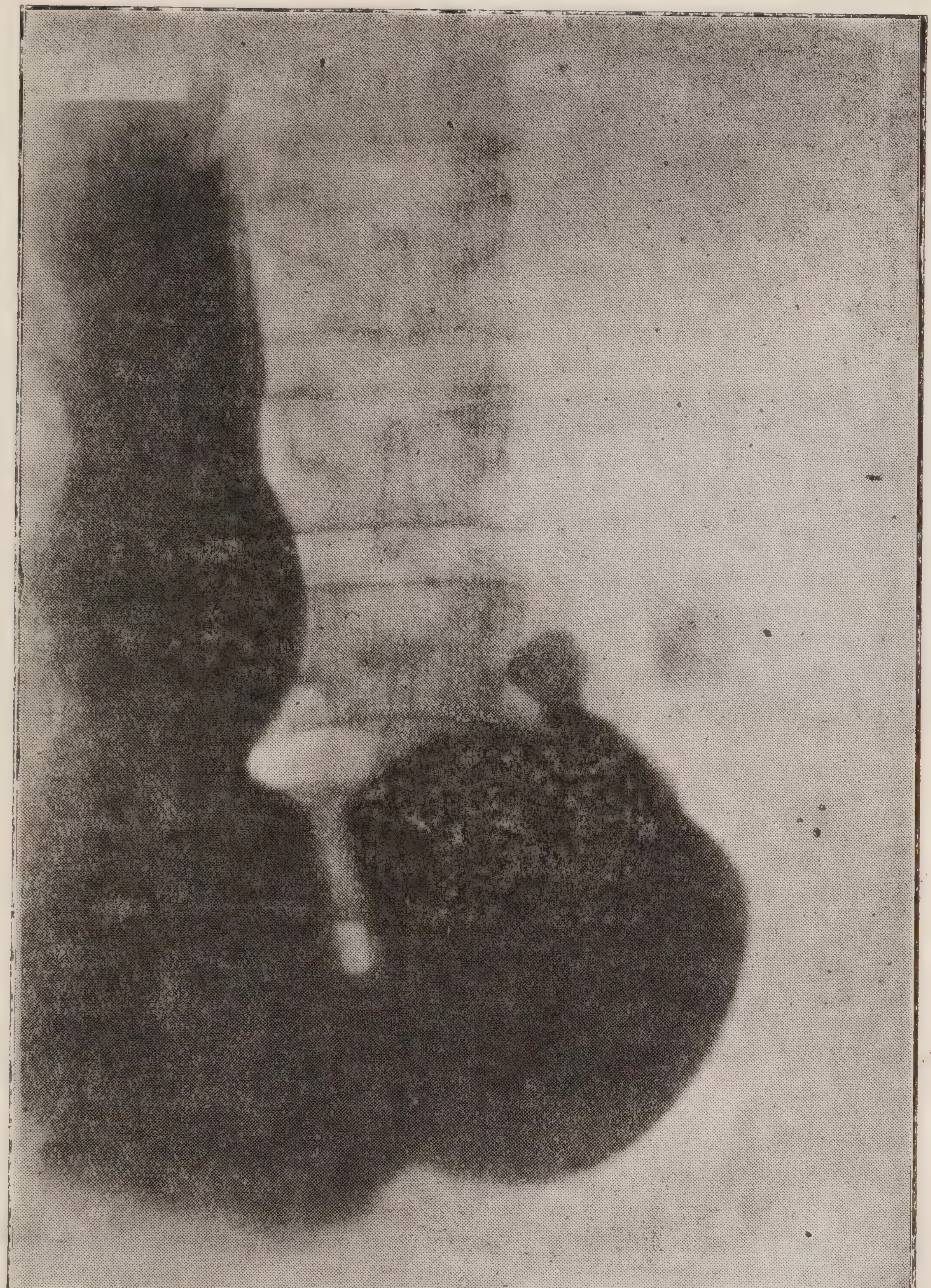
شكايتها — تحس بامتلاء وثقل فى القسم الشراسيفى عقب الأكل والشرب يعقبه تهوُّع وتجشُّوء حمضى يضطرها لتكاف القىء الذى يعقبه ارتياح . والقىء كثير المقدار أصفر اللون وليس به خضرة أو دم. تمشى بطنها كل ٤ أو ٨ أيام واللسان وسخ .

شكت منذ ثلاث سنوات من عسر فى الهضم بدون قىء وليس فى تاريخها العائلى مايهم حالتها .

وبنيتها فيما عدا ذلك طبيعية .

بحث البراز : عدم وجود الدم والطفيلية وكذلك حبات النشا . وجود خليات دهنية ومخاط .

بحث البول : به أثر من الزلال . أما السكر و بييضات البلهارسيا فمعدومة وجود رواسب فوسفاتية واوكسلاتيه .



انسداد البواب

التقرير عن البحث بالاشعة

هناك فرق بين وضع المعدة فى حالة النوم والوقوف . الحركة الديدانية نشطة فى كل وقت . المعدة كان ثلثها ملآناً بعد ٧ ساعات . سطوحها وحناياها طبيعية وليس بالقولون انسداد ولكن التعويج الكبدى يسقط عند القيام أكثر من المعتاد

المعدة كثيرة التحرك وكذلك الأمعاء الغلاظ وليس هناك علامة على قرحة فى العفج (الأثنى عشرى) .

بحث مشتملات المعدة : فرغت المعدة عشر ساعات بعد آخر اكلة (٤ / ٩ / ١٩٢٥)

والتفاعل حمضى زائد

دقاق من غذاء لم يهضم بعد

ستربتوكوكات وباشلسات

كريات دهنية

دم غير موجود

خليات مرضية غير موجودة

وبحثت مشتملات المعدة بمدرسة الطب فى ٤/٩ / ١٩٢٥

الحموضة الطليقة	٢٠١ و . . ٪
الحموضة المختلطة (المتحدة)	٠٢ و . . ٪
جملة الحموضة	٢٢١ و . . ٪

العملية

فتحت البطن بشق طولى متوسط طوله ١٢ سنتيمترا تقريباً وقد جابهت المعدة الجراح وأخرجت بسهولة من الجرح فى ثلاثة ارباعه الوسطى . قلبت المعدة لا على وحوفظ عليها بر بذات مشبعة بماء الملح . ثم تناولنا مساريقا القولون المستعرض وعملنا شقا طوليا فى طبقتيه بواسطة جفت تشريح والقصد من ذلك ادخال حوية من المعى الدُّقاق فى الكيس البريتونى الصغير ووضعها مباشرة بجوار سطح المعدة السفلى .

ثم أخذنا حوية صغيرة من المعى الصائم بعد التعويج العفجى الصائمى بقليل وأخرجناها من شق مساريقا القولون المستعرض خارج البطن وقبضنا عليها بجفت

وكذلك قبضنا على مخروط من سطح المعدة السفلى بقابضة الامعاء وقُرِّب مخروط المعدة من حوية المعى المذكورة بتقريب القابضتين وتركهما هكذا فى يد المساعد. وقد خاط على بك بغرز مستمرة من الحرير الرفيع الطبقتين المصلية والتى تحتهامن المعدة وكذلك المعى أسفل القابضتين وترك الخيط فى أبرة سماها نمرة ١ ثم شق الطبقات المصلية والتى تحتها والعضلية فى كل من المعـدة والمعى فى منتصف المخروط بطول ٢ بوصة وخيطت حروف هذا الجرح السفلى بحرير دقيق ومرت الغرز بالغشاء المصلى والطبقة العضلية فقط وترك الخيط على أبرة نمرة ٢ . ثم شق الغشاء المخاطى فى المعدة وفى المعى. وخيطت حروفها السفلى بحرير دقيق والقصد من هذا الخيط رَقْؤ النزف وجعلت هذه الابرة نمره ٣ وأكملت خياطة الغشاء المخاطى بالابرة نمرة ٣ وغطى ذلك بخياطة مستمرة فى العضلات والطبقة البريتونية كما سبق شرحه عند خياطة الحافتين السفلتين .

وغطى هذا ثانياً بخياطة فى الطبقة المصلية بالأبرة نمرة ١ وفى اثناء هذه العملية كانت الامعاء محاطة بربذات مشبعة بمحلول الملح وكذلك غطى جميع مكان العملية خارج البطن . وخيط الجزء الزائد من شق مساريقا القولون بخرزات متقطعة بالحرير الدقيق . وقفلت البطن بالطريقة المعتادة أى خيط البريتون بخرزات مستمرة بالأُطرة(Cutgut) وكذلك غِمْد العضلة المستقيمة البطينة وضُمَّ الجلد بالمشابك

العلاج بعد العملية

لم تعط المريضة شيئاً فى الأربع وعشرين ساعة الأولى .

وفى اليوم التالى ارتشفت قليلا من الماء وبى كربونات الصودا .

وفى اليوم الثالث أخذت شايا وماء زلال فقط .

وفى اليوم الرابع أخذت خلاصة براند وبوفريل وبنجر وغذاء نصف يابس وأفرغت الأمعاء بالحقن الشرجية واعطيت جلوكوزا وكونياكا وبى كربونات الصودا من الشرج .

(٢)

سركوم فى الفك أو اللَّحْى لأعلى

إمرأة فلاحة من شرانيس مركز قويسنا مديرية المنوفية تبلغ من العمر ٢٣ سنة ومتزوجة منذ سبع سنوات حضرت لاستشارة الدكتور على بك فى أول نوفمبر سنة ١٩٢٥ وقالت انها تشكو منذ عامين من نوبات صداع يمتد الى جانب الوجه الأيمن والأسنان الطواحن وظنته فى أول الأمر ألما من الأسنان فاضطرت الى خلع أضراسها واحدا بعد الآخر ولكن بدون جدوى . أخذت حالتها تزداد سوءا من يوم لآخر وبعد مضى ثمانية شهور من ظهور الألم احست ورما فى الخد الأيمن أخذ فى الازدياد الأمر الذى اضطرها لعمل الاستشارة الطبية .



سركوم في الفك

وبالكشف عنها وجدنا ورماً فى عظم العارض الأيمن يقرب من حجم

بيضة صغيرة ويمتد ٢/١ سنتيمتر أسفل الحرف السفلى للحجاج والى جذور الأضراس الطواحن اليمنى وقد أثبت الكشف بالأشعة إصابة الجهة المذكورة بفساد شخصناه ورما خبيثا وقررنا نصح المريضة بعمل عملية استئصال الفك العلوى فى يوم ١/١٢/٢٥ .

العملية (١) بدأنا بعمل فى الشق القصبى للتخدير وسد البلعوم الخلفى بدسام

(٢) وأخذنا فى الشق على خط يمتد على حافة الحجاج السفلى لغاية نقطة ٢/١ بوصة داخلا من الزاوية الانسية للحجاج وأسفل الكيس الدمعى رأسا ويمتد من هذه النقطة لأسفل بجوار جناح الأنف أو مَسْرقه قاسما الشفة العليا ورفعت الشريحة التى خيطت هكذا وسلخت حتى حافة العظم الوجنى وقبضنا على النقط الدامية وربطت بالأطرة .

ظهرت الجهة المصابة بشكل ورم سركومى عظمي فى قوام الاسفنج .

(٣) ثم فتح الفم وشق السمحاق المخاطى الكاسى للحنك الصلب فى الخط النصفى من الخلف الى الأمام وكذلك شق الغشاء المخاطى الأنفى من حافة الحنك الصلب حتى فتحة المنخر .

(٤) ثم نشرنا الدُّرْدُر أو منصب الأسنان والفك الصلب بمنشار ضيق واهتممنا بجعله دائما موازيا للحنك خشية جرح قاعدة الجمجمة وأكملنا الاجتثاث بكُلاب قاطع استعمل أيضا فى تخليص الفك العلوى من الجزء الوجنى . وبمجرد فصل الجز الوجنى الخلفى قبضنا على الفك بجفت أسنان الأسد ولويناه سريعا .

وبعد القبض على النقط الدامية لُبِّد التجويف بمِرْشفات أو ربذات لمنع أى رشح دم جديد . بعد ذلك أرجعنا الشريحة الى مكانها الأصلى وخيطت بحرزات متقطعة بوتر الديدان وخيطت الشفة بعد ضبطها بالأطرة .

أخرجت الربذات ثانى يوم والتأم الجرح بالقصد الأول وخرجت المريضة بعد ١١ يوم من العملية وأوصيناها بعمل طقم أسنان .

(٣)

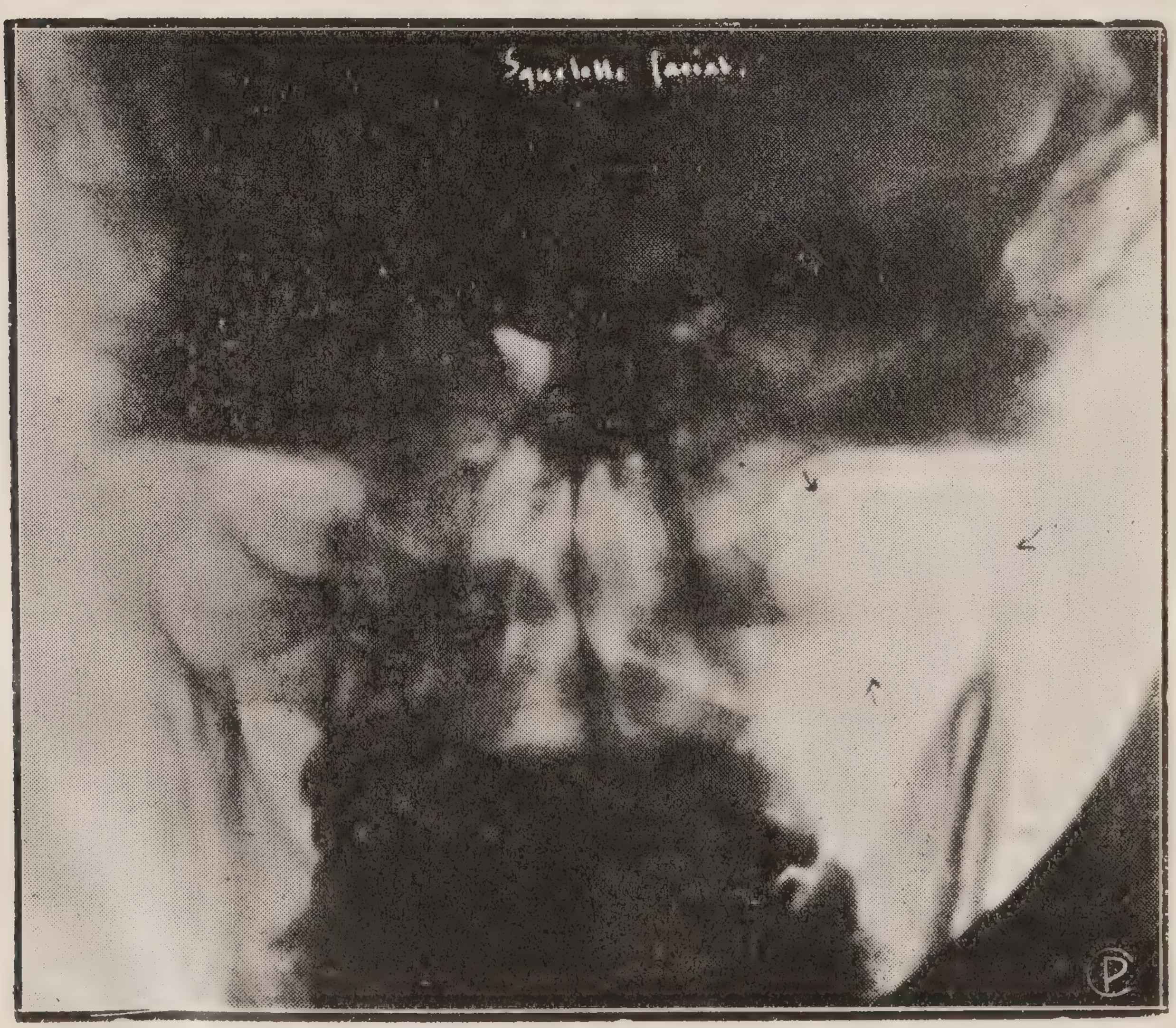
(سرطان المثانة)

ابراهيم نجيب مريض من القاهرة عمره ٥٠ سنة. شاهد دماً فى بوله منذ ثلاث سنوات وكان يبول دما من أسبوع لآخر وحينئذ يروب البول من كثرة ما به من الدم .

لم يشك المريض من ألم أو عسر فى البول وما زال على هذه الحال عاما حتى بدأت الآلام تنعكس نحو العانة وتظهر عقب أدوار النزف على الخصوص. وأخذ جسم المريض فى الضعف المستمر والهزال .

ليس فى تاريخ عائلة المريض ولا فى سيرته الشخصية ما يهم شكايته الحالية .

حضر المريض لعيادة الدكتور على بك ابراهيم فى ٢٥/١٢/١٥ ومن الكشف عليه بمنظار المثانة تحقق وجود كرسينوم بالمثانة وأشير عليه بعمل عملية جراحية .



سرطان المثانة

العملية . فى يوم ٢٥/١٢/١٦ . اجتث جزء كبير من المثانة بشق فوق العانة كان التخدير بالايتير وتثبتنا اثناء العملية من وجود ورم خبيث يشغل الجزء الأمامى والخلفى من القسم العانى للمثانة. وظهر الورم فى هيئة التين وبحجم جوزة اللوز وارتشح فيما حوله من الأنسجة . لذلك اجتثثنا الورم وما حوله من ارتشاح ونحو ١/٢ سنتيمتر من النسيج السليم المحيط به .

وقد رُمّ جرح المثانة بخرزات متقطعة بواسطة الأَطَرَة (Tatgut) وترك ثلثه الأسفل مفتوحا للتصريف . وخيط الجلد بوتر الديدان .

أخرجت أنبوبة التصريف ثانى يوم .

(٤)

حالة التهاب زمن فى المرارة

السيدة ز. عمرها ٤٨سنة مقيمة بالقاهرة شكت من عسر فى الهضم سنة ١٩١٣ ومن مغص مؤلم فى جميع البطن مدة أربع سنوات ثم أحست بألم متزايد فى المراق الأيمن . وقد ساءت حالها حتى كانت تأتيها النوبات مرتين كل أسبوع أو ثلاثا كل شهر .

وقد نقص وزنها وضعفت شهية الطعام وكان يصحب النوبات غثى أوجيشان وقئ حضرت لعيادة على بك من بضع سنوات حيث شخصها التهاب المرارة من حصاة وأشار عليها بعمل عملية جراحية فلم تقبل واستمرت الحال أربع سنوات فالتزمت أخيرا لقبول العلمية لان حالتها ساءت وصارت النوبات اكثر وقوعا من ذى قبل .

فى اكتوبر سنة ١٩٢٥ حضرت لعمل العملية فكشفت عنها فوجدت المرارة زائدة الحجم وأثبتت الأشعة وجود حصوات فى المراق الأيمن .

عملت اجتثاث المرارة وقدوجدنا ثلاث حصيات توتية صلبة غير منتظمة الشكل محشورة . كل منها فى حجم الحمصة والمرارة ضامرة .

وتركت المريضة المستشفى بعد ١٥ يوم من اجراء العملية والتأم الجرح بالقصد الاول وكان التخدير بالكلوروفورم

حالة التهاب زمن فى المرارة

ز . أحمد عمرها ٢٦ سنة مقيمة بالزقازيق شكت من ١٠ سنوات ألما فى الخاصرة اليمنى يضرب الى الظهر أسفل الضلع الثانى عشر واشتد الألم وتكرر مراراً كل أسبوع وتأتى النوبات بجيشان وقئ وفقدت كثيراً من الوزن

حضرت لعيادة على بك ٢٦/١٢/٢٥

البحث . أحست بمغص وتألم فى المراق الأيمن واثبتت الأشعة وجود حصيات فى جهة المرارة

وحقق التشخيص وجود حصيات بالمرارة

العملية ٢٧/١٢/٢٥ تضخم وتخن جدار المرارة حصيات فى جحم الحمص خفيفة الوزن ملساء غير منتظمة الشكل

التخدير باجزاء متساوية من الكلورفوم والايتير وتركت غرفة العمليات فى حالة حسنة

العلاج الحديث [١]

للدكتور كامل يعقوب طبيب مركز أبنوب

(١) علاج النفث الدموى عند المسلولين

لاتقلق المريض بزيادة الفحص وكثرة القرع على الظهر فقد يكون ذلك سبباً فى زيادة النزيف بل دعه يستلقى على الفراش وأسند ظهره بالوسائد في غرفة هادئة قليلة الضوء بعيدة عن الضوضاء خالية من الزائرين وخفف حالته العصبية وما يستولى عليه من الجزع فى مثل هـذه الحال بالحديث الباعث على الأمل والاطمئنان .

أما الغذاء فيكون قاصراً على السوائل مثل اللبن والمرق والليمونادة المثلجة وتكون ملابس المريض خفيفة حول الصدر ثقيلة حول الاطراف . ويوضع على الصدر فوطة مغموسة فى الماء المثلج أو كيس ثلج يعلق بحبل بحيث يلمس الصدر بخفة . ويجوز وضع ورق الخردل على الفخذين وهناك طريقة بسيطة قد تساعد على ايقاف النزيف وقت حدوثه وان كانت بساطتها هى السبب فى اهمالها وهى ربط الذراعين والفخذين فى الاجزاء العلوية منها باربطة من الفانلة بحيث تحبس الدم الوريدى فقط .

أما العلاج فيبدأ باعطاء حقنة هروين أو مورفين (١ـ ٢ سنتيجرام) ويعطى الأمتين كذلك بمقدار ٦ سنتيجرام ويجوز تكرار الأخير ثم يوصف مزيج كالآتى :

كلورور الجير	١٠	جرام
شراب الأفيون	٥٠	»

---

(١) ننشر تحت هذا العنوان من آن لآخر في المجلة الطبية بعض الطرق الحديثة في العلاج بطريقة مختصرة.

ماء لغاية	٣٠٠ جرام

يؤخذ منه ثلاث فناجين يومياً أو يعطى برشام كالآتى :

كربونات الجير	٤٠ ر. جرام
لبنات الجير	٤٠ ر. »
كودين	٠٢ ر. »

يؤخذ ٣ براشامات يومياً

واذا لم يكن الضغط الدموى مرتفعاً يجوز اعطاء الأرجوت فى مزيج كالآتى

خلاصة الأرجوت السائلة	١٠ جرام
شراب الراتانيا	٥٠ »
ماء لغاية	٣٠٠ »

يؤخذ ٣ فناجين قهوة يومياً

أما اذا كان الضغط الدموى مرتفعاً فتعطى الأدوية المخففة للضغط الدموى مثل الترنيترين أو خلاصة الجى السائلة (GUI) أو استنشاق نترات الأميل

ولا بد من مقاومة الامساك بالملينات مثل مسحوق العرق سوس أو مزيج كالآتى .

سلفات صودا	٥٠ جرام
حامض كبريتيك مخفف	١٠ »
ماء نعناع لغاية	٣٠٠ »

وفى الحالات المستعصية تعطى حقن الجيلاتين بنسبة ٢ ٪ و يعطى فى الدفعة نحو ١٠٠ جرام . ويمكن الالتجاء لعملية الصد الهوائى فى الرئةالمصابة . واذا خشى على المريض من شدة النزيف والصدمة فيعطى محلولا ملحيا تحت الجلد . وقليلامن الكونياك الممزوج بالماء وحقنة مورفين واستركنين مع ملاحظة تدفئة الجسم والاطراف بالزجاجات المملوءة ماءً ساخناً .

علاج الاكزيما [٢]

مرهم لأكزيما الجفون :

راسب أصفر	٢٠ ر٠	جرام
فازلين نقى	٢٠	»

مرهم لأكزيما اللحية :

تربيث معدنى	٢٠ ر٠	جرام
فازلين نقى	٢٠	»

مرهم لأكزيما الحفر الأنفية :

راسب أصفر	٥٠	جرام
لانولين / فازلين نقى	١٠	»

مرهم لاكزيما الاعضاء التناسلية والعجان والشرج :

اكتيول	١	جرام
كلورهيدرات المورفين	٢٠ ر٠	»
» الكوكائين	٥٠ ر٠	»
اكسيد الزنك	٦	»
فازلين نقى	١٠	»

أو

كلورهيدرات الكوكائين	٥٠ ر٠	»
زيت الكاد	٤	»
شمع مع زيت زيتون	٢٠	»

(بروك)

[٣] لب القرع كدواء طارد للدودة الشريطية

يستعمل لب القرع كدواء بسيط طارد للدودة الشريطية خصوصا عند الاطفال والمقدار هو من ٢٥ الي ٥٠ جراما عند الأطفال ومن ٥٠ الى ١٠٠ جرام عند البالغين ويؤخذ مخلوطا بالعسل أو المربى أو بشكل مستحلب ويعطى بعده مسهل

لب القرع المدقوق	٦٠ جراماً
سكر	٤٠ «
ماء زهر البرتقال	٥٠ «
ماء	٥٠ «

يمزج ويؤخذ دفعة واحدة

وقد حبذ استعماله أخيراً الدكتور بول بالار خصوصا عند المرضعات لأن الأدوية الأخرى الطاردة للديدان تؤثر تأثيراً سيئاً على افراز اللبن . وطريقته أن لاتتعاطى المريضة سوى اللبن مساءً وتأخذ ملعقة صغيرة من شراب الايتير . وبعدها بساعة تعطى ٣٠ جراماً من زيت الخروع . وتستمر المرضع فى ارضاع الطفل ويجوز أن تقل كمية اللبن عن العادى فى نفس اليوم ولكنها ترجع لكميتها الأصلية فى الأيام التالية .

[٤] علاج لفقد حاسة الشم

يؤخذ المسحوق الآتى تركيبه استنشاقا من الأنف :

سلفات الاستركنين	١٠ سنتيجرام
مسحوق السوسن	٥٠ «
سكر لبن	١٠ «

(فلدستين)

حالة قطع فى الشريان العضدى وربطه فى فتح خراج

شفاء الحالة من غير مضاعفات و بسرعة

للدكتور محمد مبارك بشبين الكوم

فى يوم ١٩٢٥/١٢/٢٢ حضر الى عيادتى عبد الغفار عمر سعد مزارع من طوخ البراغثه مركز شبين الكوم سنه نحو ٤٥ سنة . سألته عما يشكو منه فأرانى التهاباً علغمونيا فى أسفل العضد الأيسر فى الجهة الأنسية وقال ان هـذا نتيجة حقنة طرطير أخذتها فى عيادة أحـد الأطباء من نحو عشرة أيام وقال انى قريب محمد زغلول الذي فتحت له الخراج من بلدنا قبل ذلك بنحو شهر وقد عملت اللبخ وأخذت شربة واستحممت لكى أعمل العملية اليوم كما كنت أمرته . بحثت الخراج بدقة فما وجدت فيه تموجاً ظاهراً ولـكن بالضغط عليه قليلا أمكنني أن أحس فيه بتموج غائر بسيط فقلت له ان المسألة لانحتاج لفتح وهو سيشفى بطبعه بعد زمن فقال ولـكنه يؤلمني — يقرصنى — ولا أنام منه وأريد فتحه . نهايته اتفقنا على فتحه وصعد المريض مائدة العمليات

حالة المريض العمومية : عنده فقر دم شديد وأوزيما خفيفة فى كل الجسم وقلبه ضرباته ضعيفة والصوت الأول له أطول من المعتاد وحالته عموماً هى حالة فلاح مصاب بالبلهارسيا والأنكلستوما المزمنة وما يتبع ذلك من التهاب فى الـكلى وضعف فى القلب . الحالات التى يشاهدها أطباء الأرياف كل يوم.

أعطيت المريض مخدراً باحتراس - كلوروفورم - ولما نام نوماً هادئاً متوسطاً شققت الجلد في الجهة الأنسية للعضد نحو ٣ سنتيمترات وأخذت جفتاً شريانياً ووضعته فى الأنسجة الصلبة حتى أصل الى بؤرة الصديد وبعد أن احسست بمقاومة قليلة أحسست أن شيئاً أخلى السبيل وأن رأس الجفت فى بؤرة خرج منها دم اسود ملوث بصديد ثم أعقبه دم أحمر بغزارة فوضعت أصبعى السبابة فى الجرح فوجدت فتحة يخرج منها دم شريانى بدفعات غزيرة فعندئذ تحققت أن الشريان العضدى

قد انفتح وأن على وحدى أن أربطه فارتبكت قليلا وبعد محاولات قليلة لايقاف النزيف بجفوت الشريان من غير جدوى أمرت التمرجى أن يخرج لى رباطاً ضاغطاً ولما كان لايحسن وضعه وضعت كتلة كبيرة من القطن المعقم فى الجرح وأمرته أن يضغط عليها وربطت رباطاً ضاغطاً أوقف النزيف . فى هذه الأثناء تنبه المريض من قليل المخدر الذي أعطيته اياه فأمرته بالسكون واتممت باقى العملية من غير مخدر خوفا عليه اذا طالت مدة المخدر وصحته لاتتحمل كما ذكر .

رفعت القطن والجفوت من الجرح وأوسعت الشق الى أعلى حتى صار نحو ٦ سنتيمترات وبحثت عن الشريان فى وسط تلك الأنسجة الملتهبة المتنكرزة المتغنغرة فرأيت جسما صلباً ممتداً فى طول الجرح لونه الظاهرى أبيض فى قاع الجرح دلالة على الالتهاب والتنكرز ووجدت بأسفله فتحة بيضاوية الشكل ولما كان العضد مربوطاً من أعلى فلم يمكنى طبعاً أن أحس نبضاً فى الشريان ولما كان موضع الجسم الصلب هو موضع الشريان التشريحى وبه تلك الفتحة اعتقدت أنه الشريان ومسكته بجفتين واحد من أعلى وآخر من أسفل الفتحة وأمرت التمرجى أن ينزع الرباط الضاغط بالراحة ففعل ووقف النزيف الغزير وأحسست نبضاً أعلى الجفت الاعلى فى الشريان وكان الجفت الاعلى يتحرك اهتزازاً كلما وصلت موجة الدم الانقباضية اليه فى الشريان ثم بعد ذلك ربطت برباطين كاتجى من أعلى وأسفل ورفعت الجفتين فوجدت النزيف مستمراً فتضايقت وبالبحث وجدت أن الرباط الاعلى غير صالح فوضعت الجفتين ثانية وربطته من أعلى فوقف النزيف وارتاحت نفسى بعد ذلك .

كان المريض طول مدة العملية تقريباً متنبها وكان ثابت الجأش يشجعنى ويعطف على تعبى وقلقى الظاهر وأنا لا أشك أن نجاحى فى هذه العملية التى ابتدأت بسيطة وانتهت بغاية الخطورة توقف كثيراً على شجاعة المريض نفسه وعلى صبره وتحمله فكنت أسأله من آن لآخر عن إحساسه فشكا الي ونحن فى وسط العملية بتنميل خفيف فى أطراف أصابعه انتهى بانتهاء العملية ثم وضعت له على الجرح غياراً وأمرت من معه أن يشترى له قفازاً من الصوف ليلبسه فى يده واليوم

له ستة أيام وحالة الجرح فى تقدم وحالته العمومية فى تحسن وليس بالشريان الكعبرى نبض طول هـذه المدة ويده ساخنة عادية لا أثر فيها لألم أو تنميل أو برودة

الاستنتاجات من هذه الحالة

(١) تضمم الأوعية حول المرفق كاف لحمـل الدم بدل الشريان العضدى وخصوصا اذا كان الرباط تحت فم المضمم العظيم Anastomotica Magno كما حصل فى هـذه الحالة على ما أظن ولاتحـدث عنغرينا في الأطراف ولا برودة كما حصل فى هذه الحالة .

(٢) مر اثنا عشر يوما على الحالة اليوم — ١٩٢٦/١/٣ — ولم يحصل نبض فى الشريان الكعبرى ويظهر أنه لن يحصل لأن الفرع الأمامى للشريان العميق الأعلى S. Profunda A. غير كاف لاعادة النبض فيه .

(٣) التنميل الخفيف الذى حدث فى أطراف الأصابع وقت العملية كان من احتباس الدم وليس لربط العصب المتوسـط الذى يرافق الشريان فى مكان الربط والا لاستمر بعد العملية ويدل أيضاً على أن الدورة تصير طبيعية ولو تقريبا بعـد زمن يسير — نصف ساعة — وهذا يحدث فى مريض ضعيف كمريضى .

(٤) أنا لا أظن أن رأس جفت شريان تخترق جـدار شريان كبير كالعضدى بالسهولة التى لاحظتها من غير أن يكون جـداره متأثراً بغنغرينا موضعية كالالتهاب الذى يحصل من حقن الطرطير المقيئ تحت الجلد لأنى ألاحظ أن الابر التى تستعمل للحقن فى الوريد لا تدخل جدار الوريد بسهولة إن لم يكن سنها حاداً تماما والا فهو يزوغ أمامها ولاتخـترقه الا بـكل مشقة ولذلك لم يمكننى تفسير اختراق رأس الجفت لشريان كبير كهذا إلا بعد أن رأيت جداره متآكلا وقت العملية كما وصفت قبلا .

(٥) الطبيب يتعلم كثيراً من غلطاته كـكل أصحاب الحرف فمع انى كنت محترسا ساعة أن ابتدأت العملية وعارفا تماما أننى أفتح فى امتداد الشريان إلا أن

ذلك لم ينقذنى من أكبر مشكلة يقع فيها جراح وهو بمفرده. ومهما قلت ووصفت فلن أستطيع أن أترك فى نفس قارئى هذه الحادثة الأثر الذى تركته فى نفسى ولكن لعل فى نشرها بعض الفائدة .

(٦) لايصح للجراح أن ييأس مهما كانت ظروفه ويترك مريضه يموت من النزيف .

ذكرى : حصل وأنا فى مدرسة الطب سنة ١٩١٥ أو سنة ١٩١٦ أن جراحا من جراحى مستشفى قصر العيني أراد أن يستخرج رصاصة من فخذ عسكرى تركي كانت اصابته وتركت عنده ورما دمويا كبيراً فى الفخذ وماهو إلا أن شق الجراح الجلد والأنسجة التى تحته وكان الشق فى مثلث اسكاربا حتى حصل نزيف كثير بعد اخراج الجلط الدموية من البؤرة وبعد ذلك اضطرب الجراح وكنا حوله كثيرين وكان يساعده آخر فلم يتمكن من ايقاف النزيف لان الرصاصة كانت اخترقت الشريان الفخذى فى أعلى الفخذ وعملت انيورزما كاز به ولما كان اختراق الرصاصة للشريان فى أعلا الفخذ فلم يتمكن من ربط العضو ولم يتمكن من ربط الشريان الحرقفى الوحشى ولاضغطه حتى توفى المريض من النزيف على مائدة العملية . هذه الذكرى هى التى جعلتني اضطرب أولا وأتمالك شعورى ثانياً وأنقذ مريضى لعدم تشابه الحالتين . وأنا أعتبر النتيجة التى وصلت اليها الحالة من الشفاء غير المضطرب مسوغا لنشرها وقد تم شفاؤها اليوم كأنها خراج عادى .

بيان

عن حالتى ضمور عضلى

للدكتور يوسف براده

(١)

غطاس جندى جزمجى أعزب عمره ١٨ سنه توفى والده بمرض الكبادالناشىء من الادمان على الخمور وتوفى أخ له أصغر منه من تسمم الدم وله أخت صحتها جيدة .

تتلخص شكاية هذا المريض فى أنه منذ عامين و نصف رأى شدقه الأيسر لا يتحرك مثل الشدق الأيمن ولم يعد قادرا على التصفير أو نفخ أشداقه ثم ظهر له أن ذراعه الأيمن آخذ فى الضعف والهزال ولم يبق فى استطاعته رفعه .

وقد شاهد فى الشهر الأخير فقط ضعفا فى الذراع الأيسر يتقدم بسرعة كما شاهد منذ ٥ شهور أنه لا يستطيع الجرى وإن أسرع فى مشيته احتكت أصابع القدم الأيمن بالأرض . ولاحظ من شهرين أنه لا يستطيع القيام بعد الرقود بدون مساعدة يديه والاتكاء عليهما .

يقول المريض إن عيونه كانت دائما نَجْلاء واسعة الشق وأن أصابعه كانت تنتفخ كل شتاء منذ الصغر .

الفحص والمعاينة :—

الوجه . العيون نجلاء والجبهة ملساء والفم نصف مفتوح .

العضلة المحيطة بالجفنين ضعيفة والعضلات الشفوية سليمة خصوصا فى الجانب الأيسر . وعضلات العيون سليمة وطبيعية .

العنق طويل والصدر مسطح والعضلة القصية الحلمية طبيعية أما العضلة المعينة فضعيفة وضامرة خصوصا نصفها الأسفل .

العضلات الدالية ضامرة وضعيفة . العضلة الصدرية اليمنى أكثر من زميلتها اليسرى . العضلة المسننة العظمى ضعيفة فى الجانبين ضامرة فى اليمين وضعيفة فى اليسار أما العضلة ذات الثلاثة الرؤوس فقوية فى الجانبين .

العضلات قابضة الأصابع والمعصم قوية في الجانبين أما العضلات الممددة فى الجهة اليمنى فضعيفة . وليس بعضلات اليدين ضعف أو ضمور .

ويتميز العضد من الساعد بضعفه الشديد خصوصا فى الجانب الأيمن. العضلة الوسيعة الظهرية اليسرى ضعيفة واليمنى ضامرة جدا

الاطراف السفلى : العضلات الشظوية ضعيفة فى الجانبين خصوصا فى اليسار التقريب شديد وكذلك التبعيد ولا بأس بالثنى والمد عند الورك . أما المد فقوى فى اليسار وضعيف قليلا فى اليمين .

المنعكسات منتقصة أو متصاغرة فى اليسار مفقودة فى اليمين وخصوصا منعكس العضلة ذات الرأسين ومنعكس العضلة ذات الثلاثة الرؤوس .

رجفة الركبة موجودة وكذلك رجفة الكعب ومنعكس البطن ومنعكس العضلة معلقة الخصية .

منعكس الاخمص موجود كذلك ومسه طبيعى.

(٢)

أحمد يوسف عمره ٢٦ سنه أصيب في سنة ١٩١٤ بالسفلس ثم تزوج وأجهضت زوجته مرة ولم تحمل ثانيا وهو الآن غير متزوّج .

شاهد منذ عامين ضعفا فى ذراعيه وظهر بعد ستة شهور ضعف فى رجله اليمنى ظهر به خماع أكسبه العرج .

دخل مستشفى الاسكندرية حيث أعطى أربع حقنات فى الوريد من النيوارسينو بنزول وبعد ثلاثة أشهر ظهر سقوط فى القدم الأيمن وبدأ يعانى صعوبة فى صعود السلم .

يقول المريض أن حالته تحسنت بعد الحقن ثم انعكست وساءت بعد تركه المستشفى .

وبعد ثمانية شهور ظهر به خماع فى الرجل اليسرى وبعد ذلك بأربعة أشهر أخذ القدم الأيسر في السقوط وصار يحجل فى مشيته. أقام المريض حتى الآن ثلاثة أشهر بالمستشفى ومن ثم لم تزدد حالته سوأ أو ضعفا .

وقد أخذ ٩ حقنات من الارسينو بنزول فى الوريد وأعطى سيانور الزئبق كل غِبِّ يومين (أو مرة كل يومين)

عضلات الذراعين :

العضلات الذراعيه سليمة والعضلتان الوسيعتان فى الظهر حالتهما جيدة . العضلة المعينة مصابة خصوصا النصف الأسفل منها فى اليمنى . العضله ذات الرأسين ضعيفة فى الجانبين أما العضلة ذات الثلاثة رؤوس فقوية

الكب والبطح قويان . العضلات قابضة الرسغ والأصابع ضعيفة فى الجانبين . العضلات الممددة فى اليدين ضعيفة قليلا والحقيقة ان عضلات اليدين ضعيفة للغاية وبالعضلة المعينة ضمور ظاهر على الأخص فى اليمين وكذلك العضلة أم رأسين ويقول المريض أن ساعديه ضمرا ضمورا مستمرا فترى خدودا بين عظام يديه . عضلات اليدين : لا ضعف ولا ضمور ظاهر بهما .

العضلة الحرقفية البسواسية ضعيفة أما عضلات البطن فجيدة

عضلات الأطراف السفلى

العضلة الأليية الكبرى ضعيفة وجميع حركات الورك ضعيفة أيضا .خصوصا حركة الثنى وعضلات بطن الفخذ ضامرة ومشلولة فى الجانبين والعضلة مربعة الرؤوس والعضلات الممدة قوية قوة طبيعية .

التقريب عند الورك ضعيف للغاية أما التبعيد فقوى. العضلات ممدة القدم والأصابع ضعيفة جدا وقد استوت الأرجل فى الجانبين والخلف لضمور عضلاتها وترهلها . وكانت اصابة العضلات أشد فى الجانب الأيمن

عضلات الوجه ضعيفة وكذلك عضلات العنق ولم نشاهد الانقباضات الليفية الخيطية بتة .

المنعكسات : موجودة فى الأطراف العليا ولكنها ضعيفة

رجعة الركبة موجودة ولكنها نشيطة قوية

رجعة الكعب غير موجودة فى الجانبين

منعكسات البطن العليا موجودة ولم يكن متيسرا اظهار منعكسات العضلة المعلقة للخصبة لا المنعكس الأخمصى

القلب والرئتان طبيعية

قاع العين سليم عادى

العين اليمنى قصيرة النظر بها استجاتزم $\frac{٦}{٣٦}$

العين اليسرى طويلة النظر $\frac{٦}{١٢}$

الحدقتان عامشتان

المريض مياح فى مشيته يمشى مشية البط مع تقوس فى العمود الفقرى

لاحساس طبيعى

الطرطير المقىء فى علاج البلهارسيا

للدكتور شاكر جبرالله

طبيب صحة بنى مزار

(١) عالجت شابا من سيلة الغربية مركز بني مزار عمره عشرون سنة تقريبا من مرض البلهارسيا الثانية. وأعطيته حقنا وريدية من الطرطير المقىء تحضير (Clin) وكما هى عادتى بدأت معه بقمحة ثم بقمحة ونصف ثم بقمحتين. وقد أخذ من هذه الأخيرة ثمانية أو تسع حقن على ما اتذكر. وكان يحصل له تهوع وقىء عادى بعد كل حقنة ثم يفيق. وأظن أنه شكا لى مرة من استمرار القىء بعد ذهابه الى بلده اثناء العلاج. فاوقفت الحقن حتى هدأت معدته ثم عاودته. حتى استنفد الحقن التسعة وكان تحسن البول ظاهرا مدة العلاج. والمريض مستريحاً لهذه النتيجة وقد تورد وجهه نوعا ما اثناء العلاج. وكانت صحته عادية وقلبه وصدره سليمين. ولم يكن نحيفا ولا بدينا بل كان متوسطا. و بعد نهاية الحقن بيوم أو اثنين استدعانى أهله وقالوا أنه لايتكلم ولا يتحرك. فذهبت لعيادته فوجدته نائما لا يتحرك ولا يقوى على الوقوف ولا يتكلم ولا يستطيع الاجابة حتى عن اسمه. كذلك وجدت البلع لديه صعبا. ولم يكن به قىء ولا اسهال وكانت حرارته طبيعية ونبضه حسنا فأمرت بشربة ملح وحقنة استركنين كل أربع ساعات وقد تحسن بعد ذلك وشفى فى يومين أو ثلاثة. وهو الآن يزاول عمله

(٢) دعيت مرة لزيارة مريض بناحية نزلة ثابت مركز بني مزار فذهبت ووجدته شاباً عمره عشرون سنة تقريبا متوسط السمن. علمت أنه كان يعالج من مرض البلهارسيا لدى أحد الأطباء بمطاى وأنه أخذ حقنا وريدية. فادركت ان الحقن هى الطرطير المقىء. ونظرت مكان الحقن أمام المرفقين فوجدت مواضع الحقن

ظاهرة لكنى لم أجد تورماً ولا التهاباً . ولم أعلم عدد الحقن التى أخذها . لكني علمت انه فى نهاية العلاج مرض وقاء كثيرا وفقد النطق وفقد صوابه أيضا . ودرجة حرارته مرتفعة حيث كانت أربعين سنتيجراد . وكان فى غيبوبة مطلقة . وفحصت صدره فوجدت رئتيه سليمتين ووجدته لا يستطيع البلع وإذا اعطى شيئا بالقوة فانه ينزل في الحنجرة ويسبب له سعالاً ووجدت نبضه ممتلئا وسريعاً . وملابسه ملوثة بالبول حيث يتبول على نفسه . فأمرت بحقنة شرجية من الماء والصابون . وبحقن استركنين كالمريض السابق لكنه توفى في يوم زيارتى له.

(٣) غلام عمره ٣ سنوات تقريباً نحيف الجسم انيماوى من بر دنوها مركز بنى مزار يشكو من أعراض البلهارسيا المثانية . أخذ الحقنة الاولى قمحة . ثم أخذ ثلاثة أو أربع حقن من ذوات القمحة والنصف . وكانت أعراض البول تتحسن . وبعد الحقنة الأخيرة استدعانى أهله لزيارته حيث قالوا ان حالته خطرة . فذهبت ووجدته فى حالة غيبوبة لايتكلم ولايعي شيئاً مما حوله ووجدته يقئ باستمرار ومواد القيء لزجة سوداء كلون الشوكولاته أو الصفراء المركزة ووجدت نبضه ضعيفاً جداً . وفى بعض الأحيان يتضاءل حتى لايكاد يحس . وتنفسه أشبه بالتنفس Chayne Stokes وحرارته طبيعية وقدعلمت أنه ما كان يحس بألم أوبقئ مستمر بعد الحقنة الأولى . بل بالعكس انه هو وأهله كانوا مستريحين للتحسن الظاهر فى البول . ومما لاحظته أيضاً أن بياض العينين كان يرقانيا قليلا وان الانعكاس الرضفى كان موجودا وكان متزايداً . وكان افراز البول قليلا . وكذلك كان لديه امساك .

فعملت له حقنة شرجية من الماء والصابون . فلم تنتج شيئاً . بل انه احتفظ بمعظم السائل فى امعائه . وعملت له حقنة استركنين . وأمرت باستمرارها كل ساعتين بمقدار مليجرام واحد . لكنه توفى ليلا .

هذه الحالات الثلاث استلفتت نظري الى أنها تسمم حاد من تجمع الطرطير

فى الجسم وقد رجعت الى بعض الكتب الطبية التى فى حيازتى لاجد تفصيلا لهذه الاعراض فلم أجد. ولا أدري ان كان بعض اخوانى الاطباء الذين يعالجون هذا المرض بكثرة فى المستشفيات النقالى قد صادفوا مثل هذه الحالات أم لا. والذى استلفت نظرى فى جميع هذه الحالات هو الغيبوبة. كأن لهذا الجوهر تأثيراً على المخ. اذ كل المعروف عن الطرطيرانه مهبط للدورة الدموية وانه مهيج للغشاء المخاطى للمعدة والامعاء فى حالة افرازه منها.

وعلى كل حال فانه من الوجهة العملية يجب أن نعرف ان الطرطير المقيئ دواء شديد الفعل والا نتناوله بسهولة مطلقة. بل أن نفكر جيداً قبل استعماله والا نعطى منه مقادير كبيرة وان نلاحظ حالة المريض وأن نستفهم منه عما جرى له بعد الحقنة الاخيرة.

وقد جاء فى النبذة التى أصدرتها مصلحة الصحة بخصوص الملحقات المنشأة لعلاج الديدان انه يجب ان يجس نبض المريض وان تقاس حرارته قبل عمل الحقنة فانه كثيراً مايتفق أن يستمر المريض على الحضور للعلاج بينما يكون مصاباً بحمى طارئة مثل الملاريا أو الانفلونزا أو غيرها. فاذا كان أحد المرضى فى الدور الأول من التيفويد مثلا يعالج بالطرطير فان هذه المعالجة تكون مؤدية لهلاكه وكثيراً ما أهمل هذا الاحتياط بسبب كثرة العمل ولكى لا يضيع وقت كثير فى جس نبض المريض والاستفهام عن أعراض مرضه فى أثناء ملء الحقنة وتعقيم الجلد ؟

علاج البثرة الخبيثة Carbuncle

بالنوفوار سينو بنزول ٩١٤

للدكتور ابراهيم صليب سعد طبيب مركز زفتى

طالعت فى العـدد ٢٦ من مجـلة جورنال دى براتيسين سـنة ١٩٢٥ Journal des Praticiens ان استعمال النوفوارسينو بنزول فى علاج البثرة الخبيثة Charbon أتى بفوائد جلية وان الدكتور جراسـيه عالج ٥٤ حالة بحقن بمقـادير تختلف من ٠ر٤٥ الى ٠ر٦٠ ثلاث مرات بين كل حقنة والثانية يومان راحة فكانت النتيجة شفاء ٥٠ حالة ووفاة أربعة .

وقد اتبعت هـذه الطريقة فى علاج حالات اتضح بالبحث البكتريولوجي ان اثنتين منها ايجابيتان فنالت الشفاء جميعاً فى مدة اسبوع لأن بعضها شفى بعـد عمل حقنتين فقط مع استعمال العلاج الموضعى بوضع غيارات معقمة وعجينة البزموت واليودوفرم Bip فكان الالتهاب يتناقص بسرعة والبثرة تجف والجزء المتفحم ينفصل

رأيى أن نجاح هذه المعالجة يشجع على استعمالها ليس فقط فى الحالات الظاهرة بل فى علاج حالات الانتركس الباطنة حيث أن المصل لم يأت بنتائج فعالة وعسى أن الزملاء يعملون بهذه الطريقة وينشرون نتيجة تجاربهم اتماما للفائدة ؟

سؤالان طبيان

تعريب الدكتور حسن كامل بشرا

طبيب من استراليا يسأل المجلة الطبية الانجليزية هذين السؤالين

(١) فى أى الحالات يستعمل الشاى فى علاج الأطفال ؟

(٢) ما هو الاعتراض فى اعطاء عصير الفاكهة مثل عصير البرتقال قبل سن ثلاثة شهور ؟

فأجاب الدكتور اريك برتشارد Eric Pritchard على هذين السؤالين كما يأتى : —

(١) الشاى اذا كان خفيفا weak infusion له فائدة فى علاج حالات الحميات في سن الطفولة حينما يرى من الفائدة منع الغذاء لمدة قصيرة . وهو على الخصوص مفيد فى حالات الانفلونزا المصاحبة للين الامعاء وأيضا فى حالات التسنين وله فائدة ملطفة ومهدئة للاعصاب وغالبا يجلب النوم . واننا نشك فى أن المادة الفعالة فى الشاى هى الكفيين ولو أننا قد نستعيض أحيانا بالكفيين بدلا من الشاى اذا شئنا أن يكون المقدار واضحا فنعطى قمحة من سترات الكفيين للطفل لذى سنه ٨ شهور .

(٢) ليس هناك أى اعتراض فى إعطاء عصير الفاكهة للأطفال الصغيرين . ولقد كان تأخير اعطاء عصير الفاكهة لما بعد ثلاثة شهور من العادات أو المعتقدات الغير مبنية على أساس . فكانوا يمنعون عصير الفاكهة فى هذه السن ارتكانا على أن الاطفال تولد ومعها احتياطى من مادة الفتامين المانعة للأسكربوط Antiscorbutic Vitamine ولكن ليس من الحرص الاعتماد على هذا الزعم لان الطفل يحتاج للفتامين فى سن شهر واحد كما يحتاجه في سن الستة شهور و بعض أطباء الاطفال يوصون باعطاء عصير العنب أو البرتقال من ثانى أسبوع بدون انقطاع سواء فى حالة الرضاعة من الأم أو التغذية الصناعية

محضر الجلسة العلمية الثالثة والخمسين

اجتمعت الجمعية الطبية المصرية فى منتصف الساعة الثامنة من مساء الاثنين ١٩ اكتوبر سنة ١٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور نخبة كبيرة من حضرات الأعضاء وطلبة الطب وقد افتتح الجلسة صاحب العزة الدكتور ماهر بك كرئيس ودعا الزميل الدكتور احمد شفيق بك لالقاء محاضرته عن (الحمل التام المدة خارج الرحم تشخيصه وعلاجه) . فأخذ حضرته يلقيها مستشهدا بعينات حفظها من الحالات التى تكلم عنها وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على محاضرته النفيسة .

ثم قام صاحب العزة الدكتور نجيب محفوظ بك والقى الكلمة الآتية :

قد كانت محاضرة الدكتور شفيق عن الحمل التام المدة خارج الرحم ملآى بالمباحث الشائقة . والنتائج التي وصل اليها في عملياته الأربع مما يستوجب الاعجاب فقد كانت العمليات شاقة يحفها الخطر من كل جهاتها ولم تحدث الوفاة الا فى حالة واحدة كان السبب المباشر للوفاة فيها مما لا علاقة له بالعملية .

ولكني أستميحه فى ابداء الملاحظة الآتية وهى انى أقول ان الذي له الفضل فى شرح أول حالة حمل خارج الرحم هو أبو القاسم الزهاوى فى كتابه التصريف لمن عجز عن التأليف . قال : —

« شاهدت امرأة كانت حبلى فمات الجنين فى جوفها ثم حبلت عليه مرة اخرى ثم مات الجنين الآخر أيضا فعرض بعد زمن طويل ورم فى ملتمسها وانتفخ حتى تقيح وجعلت تمد القيح فدعيت الى علاجها فعالجتها زمانا طويلاً فلم يلتحم الجرح فوضعت عليه من بعض المراهم القوية الجذب فخرج من الموضع عظم ثم مضى لها أيام وخرج عظم آخر فعجبت من ذلك إذ البطن موضع لاعظم فيه فقدرت انها من عظام الجنين الميت ففتشت الجرح واخرجت منه عظاماً كثيرة والمرأة فى أفضل أحوالها ولقد عاشت كذلك زمنا تمد من الموضع قيحاً يسيراً وانما أثبت ههنا هذه

النادرة لان فيها علما ومعونة لما يحاوله الطبيب من العلاج ان شاء الله » اه .

واسمحوا لى أن أشرح لكم الحالتين اللتين أعرض نموذجيهما عليكم. أما الحالة الأولى فقد كان الحمل فيها فى البوق الأيسر فى جزئه الصيوانى وقد سار الحمل فيها الى تمامه من غير أن ينفجر البوق ثم مات الجنين بعد أن حدثت أعراض الولادة الكاذبة . ودخلت المريضة المستشفى بعد موت الجنين بعشرة أشهر واجريت لها عملية وقد تم الشفاء بلا مضاعفات وأهمية هذه الحالة تنحصر فى امكان بلاغ الحمل الى تمامه من غير أن ينفجر البوق اذ أن معظم الاحوال التى من هذا القبيل لم يمكن التثبت فيها (١) من بلوغ الحمل الي تمامه (٢) ومن حدوث الانفجار بين ورقتى الرباط العريض فى اثناء نمو الجنين بحيث تكوّن ورقتا الرباط العريض جزءاً من غلاف الجنين. ولكن فى هذه الحالة قد تثبتنا من بلوغ الجنين الى التمام . بفحصه بأشعة رنتجن وقد تثبتنا من عدم ضرورة الانفجار بعمل قطاعات ميكرسكوبية من الغلاف .

أما الحالة الثانية فلها تاريخ لذيذ وخلاصته أن سيدة فى سن الاربعين أتت تشكو من عقم مطلق سببه التهاب مبيضى مزدوج وقد عولجت الى أن زال الالتهاب تقريبا وبعد انقطاعها عن العلاج خمسة أشهر أتت تشكو من انقطاع الطمث شهرين مع ظهور أعراض الحمل الظنية كالقىء والوحم ففحصتها ووجدت أنها حامل فعلاً ولكن الحمل فى البوق الايمن فاخبرتها بذلك ولكنها لم تصدقنى ورفضت العملية

وبعد ذلك بشهر ونصف عادت ثانية فى حالة سيئة سببها حدوث انفجار البوق بين ورقتى الرباط العريض . وقد عرضت عليها العملية مرة أخرى فرفضتها لاعتقادها بأن الحمل داخل الرحم خصوصاً وأنها بدأت تشعر بحركة الجنين . وفى الشهر التاسع حدثت أعراض الولادة الكاذبة ومات الجنين . ولكنها لم تحضر للعلاج الا بعد ذلك بجملة شهور ساءت فى خلالها حالتها الى درجة عظيمة ووصلت العفونة الى كيس الجنين فتقيح وأصابتها حمى شديدة وهزال متناه ثم أحضرت الى المستشفى في حالة نصف غيبوبة . وقد أجريت لها العملية فوجدت أن الحمل

كان برزخيا وأن التمزق حـدث بين ورقتى الرباط العريض كما ظننت ولم يتمزق الامنيوس ولا المشيمة لان مكان الانفجار لم يعمهـا وقد أحيط الامنيوس بغشاء كاذب كوّن كيسا ثانوياً عزل الجنين تماماً. وفى اثناء نمو الجنين رفع الورقة البريتونية المقدمة للرباط العريض الى الأعلى وانفصل البريتون عن جدر البطن حتى وصلت المثانة الى محاذاة السرة ثم أخذ الجنين فى النمو من الجهة الخلفية رافعاً امامه تجويف دوجلاس حتى وصل الي الحفرة خلف الكلية اليمنى بحيث أصبحت الكلية متصلة بالكيس اتصالا متيناً.

وقد صممت على استئصال الكيس بمحتوياته خوفاً من وصول الصديد الموجود داخله الى التجويف البريتونى وكانت العملية فى منتهى الصعوبة لسببين (الاول) التصاق الامعاء بالكيس التصاقاً شديداً اضطرنى الى استئصال قطعة كبيرة من الامعاء و (ثانيـا) التصاق الكليـة اليمنى والحالب بالكيس التصاقاً اضطرنى الى استئصال الكلية اليمنى. وقد أغلقت البطن بدون درنقة (تصريف) وقد تم شفاء الجرح بالقصد الاول ولكن أصاب المريضة نوع من الجنون التهيجى لم يفارقها الا فى اليوم الخامس بعد العملية. وقد شاهدت هذه المريضة بعـد العملية ببضعة شهور وكانت فى أتم حالات الصحة. وقد ختمت الكلمة بين التصفيق.

وقام الرئيس مهنئا حضرتى الزميلين بالنتائج الباهرة التى وصلا اليها وقال بأن المجلس قرر اقامة حفلة شاى فى كل جلسة علمية تكريماً لحضرات الاعضاء ورفعت الجلسة فى الساعة الثامنة والنصف مساء ؟ السكرتير

مصلحة الصحة العمومية

النشرات الادارية الصادرة فى شهر ديسمبر سنة ١٩٢٥

١٩٨ — ليكن معلوماً أنه قد تم انشاء ملحق الأنكلستوما والبلهارسيا ببنى سويف والفيوم وقد افتتحا لمعالجة المرضى . الأول اعتباراً من ١٤ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والثانى من ١٩ من الشهر المذكور

١٩٩ — عين حضرة الدكتور أحمد افندى العجاتى بوظيفة طبيب مسجل بصفة مؤقتة بمستشفى قصر العيني بعقد لمدة سنة براتب قدره ٣٦٠ جنيهاً سنوياً اعتباراً من ١٦ نوفمبر سنة ١٩٢٥

وعين الدكتور حسن افندى محمد عثمان بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاسنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيها في العام اعتباراً من ٩ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والحق بصحة القنطرة

وعين الدكتور زغيب افندى ميخائيل بوظيفة طبيب تحت الاختبار من الدرجة السادسة الفنية التىمربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً سنوياً براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى العام اعتباراً من ١٢ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والحق بقسم الأنكلستوما

وعين الدكتور عبد العزيز افندى أبو الخير بعقد لمدة سنة براتب قدره ١٨٠ جنيهاً سنوياً اعتباراً من ٩ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والحق بمستشفى الحوض المرصود بوظيفة طبيب ثان

وعين الدكتور عبد العزيز افندى بهجت بوظيفة طبيب مؤقت براتب قدره ٢١٦ جنيهاً فى السنة بعقد لمدة سنة اعتباراً من ١٢ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والحق بقسم الأوبئة

وعين الدكور سيد افندى غالب بوظيفة طبيب مؤقت براتب قدره ١٨٠ جنيها سنويا بعقد لمدة سنة اعتبارا من ١٩ نوفمبر سنة ١٩٢٥ والحق بمستشفيات الانكلستوما

تقرر نقل حضرات الأطباء المذكورين بعد اعتبارا من التواريخ المبينة أمام أسمائهم :—

الاســـم	من	الى	التاريخ
الدكتور محمد عبد المنعم الديوانى أفندي	عمـوم المصلحة	قسم حلوان	١٩٢٥-١٢-١
« ديمترى ابادير «	قسم حلوان	مركز شبين القناطر	« ٤
« ناشد كامل جبران «	مركز شبين القناطر	« قنـــا	« ٧
« ديمتري ابراهيم «	« المحلة الكبرى	« اتياى البارود	« ١
« محمد كامل توفيق «	« اتياى البارود	« المحلة الكبرى	« ٤
« مصطفى فهمى أبو الخير «	عمـوم المصلحة	« فاقوس قسم ثان	« ١
« عبد الحميد أحمد عرفه «	« «	مستشفى الحميات بطنطا	« ١

والحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٧٨ الصادرة فى ٣١ أكتوبر سنة ١٩٢٥ قد تحدد يوم ٨ نوفمبر سنة ١٩٢٥ لنقل حضرة الدكتور عبد الهادى أفندى على مسعود من مكتب الكشف العربى الى عيادة الأمراض السرية بالقاهرة — ويوم ٢٦ أكتوبر سنة ١٩٢٥ لنقل حضرة الدكتور ابراهيم افندي حنفى ناجى من مستشفى الحوض المرصود الى عيادة الأمراض السرية ببور سعيد

بما أن الدكتور توفيق أفندى سلامة والدكتور عباس افندى قطبى الطبيبين بمستشفيات الرمد قد قضيا مدة التجربة على مايرام

فقد تقرر تثبيتهما براتبهما ودرجتهما الحاليين .

٢٠٢ـ بناء على ما قرره القومسيون الطبى العام من عدم لياقة حضرة الدكتور محمد صدقى بك المفتش بقسم المستشفيات قد تقرر فصله من خدمة المصلحة اعتبارا من أول نوفمبر سنة ١٩٢٥ وهو التاريخ التالى لقرار القومسيون الطبى.

٢٠٦ ـ قدفتحت عيادة خارجية للامراض السرية فى كل من مدينتى القاهرة وبورسعيد اعتباراً من ١٥ نوفمبر سنة ١٩٢٥ فى المدينة الأولى و٢٧ من الشهر المذكور فى المدينة الثانية

٢٠٧ ـ قد تم انشاء مستشفى الانكلستوما بنجع حمادى وافتتح لمعالجة المرضى اعتباراً من يوم السبت ٥ ديسمبر سنة ١٩٢٥

٢٠٨ ـ عين الدكتور فؤاد أفندى بسطاوروس بوظيفة طبيب امتياز مؤقت براتب قدره ١٥ جنيهافى الشهر بعقد يبتدىء من أول نوفمبر سنة١٩٢٥ الى ٣٠ سبتمبر سنة ١٩٢٦ وألحق بمستشفى قصر العينى

وعين الدكتور محمد افندى عبد الخالق الدجونى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيهاً في السنة اعتباراً من ١٧ نوفمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بقسم الانكلستوما

وعين الدكتور اسكندر افندى شفيق الطبيب المؤقت بالمصلحة بوظيفة طبيب تحت الإختبار من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من أول ديسمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى السويس

وعين الدكتور فؤاد افندى واصف تحت الإختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيها سنويا بمستشفى الرمد بطنطا براتب قدره ١٨٠ جنيها في السنة اعتبارا من أول ديسمبر سنة ١٩٢٥

٢١٠ـ قد تقرر ترقية حضرة الدكتور عبد الهادى افندى على مسعود طبيب أول عيادة الأمراض السرية بالقاهرة الى الدرجة الخامسة من ٢٤٠ - ٦٠٠ جنيه فى السنة اعتبارا من أول ديسمبر سنة ١٩٢٥

٢١١ـ بما أن الدكتور محمود افندى أحمد عفيفى الخبير بأشعة آكس بمستشفى اسكندرية قد مضى مدة التجربة على مايرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

٢١٢ـ قد فصل حضرة الدكتور محمد افندى مصطفى الديب الكيماوى بمعامل الصحة من خدمة المصلحة اعتبارا من ١٨ نوفمبر سنة ١٩٢٥ نقلا على ادارة الأمن العام بوزارة الداخلية

وتقرر رفت الدكتور على افندى رشدى الطبيب بمستشفيات الانكلستوما من خدمة المصلحة اعتبارا من ٢٨ نوفمبر سنة ١٩٢٥ نقلا على وزارة المعارف العمومية

٢١٤ـ بما أن الخطبة التى القيناها بمناسبة الاحتفال بافتتاح مستشفى دمياط الجديدفي ٦ أغسطس سنة ١٩٢٥ قد ألمت بأمهات المسائل الصحية التى تشغل بال الجمهور والتى كثيرا ماخاض فيها الكتاب فى الجرائد فقد رأينا من المناسب طبعها وتوزيعها على جميع فروع المصلحة لتعرف من الاطلاع عليها رغبات المصلحة ومقاصدها فى برنامجها الصحى والجهود التى تبذلها لصالح الصحة العامة

٢١٥ـ قد تقرر نقل مستشفى الرمد المتنقل نمرة ٢ الموجود بدسوق الى الدلنجات وسيفتح بها للمعالجة الرمدية حوالى ١٢ يناير سنة ١٩٢٦

٢١٧ ـ قد تقرر نقل حضرة الدكتور فوزى افندى حلمى أرمانيوس الطبيب بمستشفى المجاذيب بالعباسية وحضرة الدكتور رمزى افندى سعيد الطبيب بمستشفى المجاذيب بالخانكه كل منهما محل الآخر اعتبارا من ٧ ديسمبر سنة ١٩٢٥

٢١٨ـ قد تقرر رفت الدكتور أحمد أفندى زكى طبيب صحة الدر قسم أول من خدمة المصلحة اعتبارا من ٢٦ ديسمبر سنة ١٩٢٥ نقلا على وزارة المعارف العمومية

‹ اينسولين › تابلويد ›

هيبودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقى طاهر)

TRADE MARK ‘TABLOID’ BRAND INSULIN

Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الاينسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالانسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحصول بتحليله فى الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات فى انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا فى ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

‹ اينسولين › ولكم ›

TRADE MARK ‘WELLCOME’ BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره فى البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ٢٠٠ عيار فى ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات الكلينيكية طبية وملاحظات لجنة وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركاؤهم

فى لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 144

كتاب
تشخيص الامراض العصبية

ظهر الجزء الاول من هذا الكتاب تأليف السير جمس برفس ستوارت وتعريب الدكتور مصطفى ضيا وهو محلي بالصور الملونة وبكثير من الاشكال والصور الفوتوغرافية وهو مطبوع ومغلف بلوندره وثمن النسخة ٦٠ قرش صاغ ويطلب من سائر المكاتب الشهيرة

النخاميين

PITUITRIN (P., D. & Co.)

النخاميين (تحضير بارك ودفيز وشركاهم) هو الخلاصة الاصلية للفص الخلفي للغدد النخامية ونقدر فسيولوجياً على قاعدة خاصية ارتفاع ضغط الدم وتأثيره على الرحم

النخاميين عظيم الاهمية في حالات الصدمة او انخفاض الضغط الدموي في الحركة الرحميـة أثناء الدور الثاني للطلق واحتباس البول والغازات المعوية والنزيف الرئوى وسرعة ضربات القلب الخ. في امبول ½ س.م. ، ١ س.م.

الادرنالين (صنع معامل بارك ودفيز الـكيماوية)

ADRENALIN (P., D. & Co.)

ان اول مكتشف الادرنالين هو الدكتور تاكامين وكان ذلك بمعامل بارك ودفيز الـكيماوية سنة ١٩٠٠ ولا تزال طريقة تحضيره الاصلية متبعة للان وذلك من الغدد أعلى الـكلى الصالحة . فانا موصي حضرات الاطباء باستعمال سائل الادرنالين وحقن الادرنالين صنع معاملنا لثقتنا في تأثيرها . ولقد برهنت التجارب العديدة على ان سائل الادرنالين الطبيعي صنعنا لا يتأثر ولا يتحلل بالغلي كما هو حال الادرنالين الطبيعي

هيموبلاستين * قاطع للنزيف وقابض

تحضير معامل بارك ودفيز الـكيماوية

HEMOPLASTIN (P., D. & Co.)

ان الهيموبلاستين المحضر فى معامل بارك ودفيز الـكيماوية يحتوي على كل العناصر التى بها يتجمد الدم ولذا صار احسن واسرع قاطع للنزيف وخصوصاً ان حقن به المريض قبل اجراء عملية جراحية له . ويستعمل الهيموبلاستين حقناً في الشرايين والعضلات تحت الجلد بمقدار سنتيمترين مكعبين كل اربع او ست ساعات حتى ينقطع النزيف. يباع الهيموبلاستين داخل زجاجات سعة سنتيمترين مكعبين

PARKE, DAVIS & Co. - LONDON.

طعم البكتريا

شركة بارك ودافيز هي الوحيدة الممتازة لتوزع بين الاطباء طعم البكتريا المحضرة فى معامل مستشفيات سانت مارى بلوندن الذى يديره السير المورث رايت

F. R. C. S. و M. D. و C. B. و K. B. E.

وهذه الطعم هى على اعلا درجة من التأثير والثبات

Acne Bacillus
Mixed Acne Vaccine A. & B.
Anti-Catarrh Vaccine (Prophylactic)
Anti-Influenza Vaccine
Anti Plague Vaccine
Anti Typhoid Paratyphoid Vaccine (Prophylactic)
Antisepsis Vaccine
Gonococcus Vaccine
Mixed Gonorrhœa Vaccine
Micrococcus Melitensis Vaccine
Mixed Vaccine for Bronchial Asthma
Mixed Anti-Influenza Vaccine
Mixed Vaccine for Coliform Infections
Pneumococcus Vaccine
Staphylococcus Vaccine
Streptococcus Pyogenes Vaccine (Polyvalent)
Whooping Cough Vaccine A. B. & C.

بارك ودافيز وشركاهم لندره

Parke, Davis & Co.

LONDON

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار في جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بمثابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue	A la fin de la Revue
	L.E.	L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

العدد الثانى فبراير ١٩٢٦ FEBRUARY 1926 السنة التاسعة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية
الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

﴿ المراسلات ﴾

المقالات والرسائل وجميع ما يتعلق بالمجلة الطبية المصرية
يرسل باسم الدكتور محمد حمدي بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بالقاهرة

الفهرس

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثانى　　فبراير سنة ١٩٢٦　　السنة التاسعة

التطعم الواقى والعلاجى

بالتلقيم من الفم

للدكتور انسى بك

الفم هو الطريق الذى تنفذ منه الى البنيــة جراثيم أكثر الامراض المعدية لذلك كان سقى الطعوم المختلفة أكثر مطابقة للعقل وخيرا من حقنها تحت بشرة الجلد أو فى الأوردة كما جرت العادة . ولـكن بالرغم من ذلك فالتطعم بالفم غير شائع الاستعمال الآن . لقـد فكروا من قديم الزمان فى امكان احـداث مناعة بالتلقيح بالفم . فقيل لنا ان المعلم (Mithridate) حاول أن يتحرز ويصير حُصُناً ضد العراهين أو الفُطْر السامة (Mushrooms) بابتلاع مقادير منها صغيرة مكررة (Deudonné) . وعلى قول بلمين (Pline) كان حواؤو الثعابين قديما يحرّزون أنفسهم من نهش الأفاعي بشرب قليل من مياه الآبار التى تسـكنها هـذه الأفاعى لأن هذه المياه احتوت قليلا من سمومها .

وأول من أدرك ادراكا علميــا امكان التطعم والتوقى بالفم البـكتريولوجى

الاندلسى الشهير المعلم (Jaine Ferran) فقـد أشار حين تفشت الكوليرا سنة ١٨٨٥ فى جهـة (Catalogna) بتحريز أهالى بارسيلونا بمزج ماء الشرب بجراثيم الكوليرا المضعفة

وفى سنة ١٨٩١ فاز (P. Erlich) باحداث مناعة فى الفيران ضد الريسين (ricine) باطعامها مقادير صغيرة مكررة من هذا السم النباتى

وفى سنة ١٩٠٧ أثبت كل من (Hida, Toyoda) أن ميكروبات الكوليرا والتيفود والديسنطريا لاتفقد شيئا من خصائصها المحرِّزة بالهضم المعدى . كذلك أثبت المعلم (Chosa) أن باشلس إيبرت الذى عولج ست ساعات بالهضم الببسينى مازال بعد ذلك قادراً على توليد الاجسام النوعية الدافعة (Anti-bodies)

لذلك يكون القول بتلاشى الطعوم بالهضم المعدى وعدم امتصاص الأمعاء لها قولا بعيداً عن الصحة وتقريراً غير صحيح

وفى سنة ١٩٠٨ تمكن المعلم (K. Wolf) من تحصين الفيران البيضاء ضـد الحمى شبيهة التيفود (البراتيفود Paratyhoid) باطعامها بجراثيم هذه الحمى ومثل هذه النتائج تحقق من أبحاث المعلم (Chuostek) فى الديسنطريا والمعلم Repetto فى دغض الكلاب و Formaris فى الطاعون والمعلم Breton فى الدفتيريا و Friedberger فى الكوليرا و Buckner فى البراتيفود

وفي سنة ١٩٠٩ بين الأستاذ Calmette بتجربة حاذقة إمكان تطعيم الأبقار الصغيرة بالفم ضد الدرن وان هـذه المقادير ذاتها التى أعطيت من الفم لاتحدث أثراً اذا حقنت تحت الجلد أو فى الوريد

وفى سنة ١٩٠٨ فاز Shiga بتحريز مريض فى مارستان من الديسنطريا الباشلسية بتلقيمه ميكروبات هذا المرض

وليذكر القارئ التجارب الجسورة التى قام بها Sawtchenk و Sabolotny

من ابتلاعهما أولا ميكروبات الكوليرا المقتولة ثم ابتلاعهما ميكروبات سامة منها بعد ذلك دون أن يصابا بأى أذى

أليس فى ذلك برهان ثابت على أمكان التطعم بالفم وفاعليته الناجحة

وفى سنة ١٩١٢ أظهر (Shrmpf Pierron) من أبحاث أجريت في عيادة الاستاذ (Maragliano) في جنوا إمكان تحصين الجديان والخنازير الهندية ضد التدرن بأطعامها بألبان الابقار والمعز التى عولجت بالباشلسات المقتولة . وقد احتوت هذه الألبان على دافعات السموم (anti - toxins) والأجلوتينات (المواد لاصقة البكتيريا) (agglutines) وأمكنه أن يكشف عن وجود دافعات السم والأجلوتينات فى مصل رضيع أرضع من أمرأة حرِّزت من الدرن بطريقة الاستاذ (Maragliano) . من ذلك ترى أن الأمعاء لاتمتص التوكسينات أو السموم وحدها بل تمتص كذلك الاجسام الدافعة إذا اخذت من الفم

ويرجع الفضل للاستاذ (Besredka) الذى استكشف جميع الشرائط اللازمة لضمان نجاح التحصين أو التحريز بواسطة التطعم بالفم . وبحسب التجارب التى قام بها تمتص الأمعاء الطعم إذا هيجت قبل ذلك بواسطة الطعم ذاته

لبعض الباشلسات خاصية احداث هذا التهيج الذى قد يتحول الى عُطْبَة سطحية إذا كان مقدار هذه الباشلسات كبيراً لحدمعين. وهذا عين مايحدث عن باشلسات الديسنطريا ويفسر سبب نجاح التطعم بالفم في هذا المرض

ولكن ليست لجميع الميكروبات خاصة التهييج هذه ولذلك تبقى بدون أثر إذا أخذت من الفم . وهذا ما يحصل مثلا لباشلسات إيبرت

ولكنا لومزجنا هذه الطعوم بمواد تكسبها قوة لتهييج الأغشية المخاطية تصيراً هذه قادرة على تشربها

وظهر من تجارب Besredka أن المِرَّة هى أ كثر المواد فاعلية وتأثيره

فاذا أضيفت للطعم الباشلسي صار امتصاصه ممكنا

هذه هي الطريقة التي يصنع بها الطعم الممرور (Vaccin bilié) الباسردكي (of Besrédka) والطعم المعئي (enterovaccin) اللوميري (Lumière) وغيرهما مثل (endovaccin of Forme)

وكلها تستعمل للتحرز من الحمى التيفودية والبراثيفود والكوليرا والديسنطريا الباشلسية ويتبين لنا الآن أن طريقة التحرز هذه بالتطعم بالفم ليست أقل من طريقة التطعيم بالحقن تحت الجلد فاعلية ونجاحا

وقد نشر (Vaillant و Vitern) في سنة ١٩٢٠ تقريراً موفقا في هذا الموضوع خاصا بوباء حمى تيفودية تفشت في اقليم Calais فمن بين ٢٠٠٠ نفس طُعّما ١٢٣٦ بحسب طريقة باسردكا وطعما ١٧٣ بالطعم المعتبر حقنا تحت الجلد و٦٠٠ — ٦٥٠ هربوا دون التطعيم فلم يصب بالتيفود أحد ممن لقحوا بأحدى الطريقتين المذكورتين وأصيب بالعكس ٢١ ممن لم يطعموا

وقد ظفر بمثل هذه النتائج كلا من Cassin في جهة Aube و Darras في جهة سانت أومير و Lumière و Chevrolies و Rochaix و Cournmont

وفي سنة ١٩٢٢ حصل Nicolle و Conseil على نتائج قاطعة في الديسنطريا الباشلسية وحمى مالطة وقد اعترف باسردكة وزملاؤه أثناء قيامهم بالبحث في التطعم بالفم بأن الطعوم لاتمر من جدران الأمعاء بل تحدث فيها مناعة موضعيه وهذ من جهتها تثير مناعة أخرى ثانوية وليس ممكنا أن نجمع على هذا الرأى لمخالفته للوقائع الآتية : —

فمن أقوال Blumenthal, Moro, Rœmer and Much, Salge etc. ثبتت سهولة مرور الأجسام الدافعة (Antibodies) وأمهاتها (الأنتيجينات Antigens وكذلك المواد الصلبة خلال جدار المعى ووجد Calmette باشلس الدرن الذى ابتلعه

العجول الصغيرة فى الغدد الليمفاوية المعوية .ووجد Fomario الأو پسونينات النوعية دائما فى مصل الحيوانات التى حقنت بباشلسات الطاعون المقتولة

وكـذلك تمكن Cgntacuèine & Riegler من اثبات نفاذ باشلسات السراجة أو ذَنْبة الخيل (B. Mallei) من جدر الأمعاء الى دورة الدم

وعلى ذلك لا يكون الجدار المعوى مقرحدوث الأجسام الدافعة الناشئة عن التطعم بالفم بل على العكس تمتص الطعوم وتدخـل فى دورة الدم ولا تنس ان إدخال باشلسات التيفود فى الجسم عن طريق الفم لا يحدث حمى التيفود الا اذا نفذت من الأمعاء الى الدم (W. Fornet) وكذلك الحال فى التدرن فمجرد المساس بباشلسات كوخ لا يحدث تقرحا درنيا فى الامعـاء ولا تنس أيضا ان البلهارسيا والانكيلوستوما وديدان الخراطين (Ascaris) بعـد تلاقيها بجدار المعى تتنقل زمنا طويلا فى البنية قبـل أن تعود الى الأمعاء . وبالايجاز يحتمل أن يكون الطعم المأخوذ بالفم بشكل موافق أحسن تشربا وأجدى تأثيرا من الطعم المحقون تحت الجلد لأن جزءا من هذا لا محالة يفقد فعله بالالتهاب الحادث مكان الحقن

وحيث أن باسردكه وزملاءه زعموا حين بدؤا تجاربهم ان الطعوم المأخوذة بالفم لا أثر لها الا إذا حرزت الأمعاء موضعيا قبل ذلك فقد قصروا تجاربهم على الأمراض المعوية المعدية كالحمى التيفودية والديسنطريا الباسلسية والـكوليرا . ولم يقدموا على معالجة التطعـم بالفم فى الأمراض الاخرى وقـد حاولنا مع المعلم W . Fornet معالجة هذه المسألة فى السنوات الأخيرة . واليك موجزا عن النتائج التى ظفرنا بها حتى الآن وقد أبقينا الشرح لرسالة أخرى تطبع بعد ذلك .

الدرن : إذا أخذ باشلس كوخ من الفم فلا يمكن له احداث مناعة مادامت عليه الغلافة الشمعية التى تمنع انحلاله بتأثير العصائر الهضمية وهـذا هو السر فى الصعوبات العظيمة التى واجهت نجاح التطعم بباشلسات الدرن المقتولة لان جميع

الوسائل التى استعملت لحل الغلاف الشمعى كانت في الوقت ذاته تضعف القوة الأنتيجينية الـكامنة فى النواة الزلالية أما الطريقة التى ابتكرها Fonet لازالة الغلافة الشمعية من الباشلسات الحية بواسطة بخار الأيثير فتكفل تمثيل الباشلسات بدون فقدها خصائص التحريز و بهذه الطريقة يمكننا الحصول على زرع من باشلسات الدرن الحية التى لا تتطلب الحض (Acid-fast) وربما كان هذا دورا من أدوار حياة هـذا الباشلس الذى نراه أحيانا فى التدرن الزمن حيث يكون البحث البكتريولوجى سلبيا . اذا مزجنا الباشلسات بعد إزالة الغلاف الشمعى و بعـد قتلها بالحرارة بالصفراء لتكونت لدينا عجينة يمكن إعطاؤها بشكل حبوب أو شراب واليك وصفا لتأثير هذا الطعم فى الانسان والحيوان : —

إذ أعطى الطعم ألى خنازير هندية سـليمة ولو بمقادير كبيرة فلا يؤثر على الأجلوتينات ولا الأوبسونينات فى الدم وخلافا لذلك إذا أعطى الى الخنازير المسلولة الآخذة فى الهزال السريع والتى بها غدَد شاهدنا ازديادا مطردا فى قوى الدفاع الـكامنة فى المصل واليك مثلا فى التجربتين الآتيتين

(١)خنزيرهندىرقم٣٠٨	الوزن	الالتباد	النسبة الأوبسونية
٢٠	٢٠٠ جرام	١ : ١٠	١ر٢
٢١	٢٦٠ »	١ : ١٠	١ر٢
٣٠	٣٢٠ » حبةمن الطعم	١ : ١٠	١ر١
٧	٣٥٠ »	١ : ١٠	١ر٢
١٤	٣٩٠ »	١ : ١٠	١ر١
٤	٣٥٥ » حبةمن الطعم	١ : ٤٠	١ر٥
٨	٣٤٥ »	١ : ٤٠	١ر٤
١١	٣١٥ »	١ : ٤٠	١ر٤

(٢) خنزير هندى رقم ٣٠٩	الوزن		الالتباد	النسبة الأبسونية
٢٠	٤٠٥ جرام		١ : ١٠	١ر٢
٢٣	٤١٠ »		١ : ١٠	١ر٢
٣٠	٤٢٥ »		١ : ١٠	١ر١
٧	٤٣٠ »		١ . ١٠	١ر١
١٤	٤٨٠ »		١ . ١٠	١ر٢
٢٠	٥٠٥ »		١ . ١٠	١ر١
٢٧	٤٨٥ »		١ . ١٠	١ر١
١	٤٣٨ »	حبة من الطعم	١ . ١٠	١ر١
٤	٤٤٠ »	» » »	١ . ٢٠	١ر٢
٨	٤٤٠ »		١ . ١٠٠	١ر٨
١١	٣٧٠ »		١ . ١٠٠	١ر٩

أما الرجل الخالى من كل عدوى درنية ظاهرة فيتأثر مثل الخنازير المعدية كما يظهر لكم من المثل الآتى المحقق للتجارب الأخرى

والراجح الآن أنه قد تحقق وجود عدوى درنية كامنة في جميع الناس خصوصا الحضريين منهم أهل المدن

(٣) الدكتور ك		التلبد	النسبة الأبسونية
٥		١ : ١٠٠	١ر١
٦		١ : ١٠٠	١ر٠
٧		١ : ١٠٠	١ر١
٨	حبة من الطعم	١ : ١٠٠	١ر١
٩		١ : ٢٠٠	١ر٤
١٠		١ : ٢٠٠	١ر٣

الدكتور ك	التلبد	النسبة الابسونية
١٢	٢٠٠٠١	١ر٦
١٣ حبتان من الطعم	٤٠٠٠١	١ر٥
١٤	—	١ر٦
١٧	٢٠٠٠١	١ر٦
١٨	٢٠٠٠١	١ر٦

ولهذه البراهين الساطعة الدالة على تأثير وفاعلية الطعوم الدرنية المحضرة بطريقة Fornet والمأخوذة بالفم أهمية كبيرة فى التحرز من الدرن

وإعطاء الطعوم بشكل شراب للأطفال أمر سهل . سواء كان لمجرد التوقى أو لايقاف غدد درنى أو خنازيرى فى أول أمره وتعمل التجارب فى هـذا الباب منذ العامين السالفين ولم يحن الوقت للقطع بالنتائج

أما في الحالة التى تسمى سابقة الدرن أو الخنازيرى فتأثير الطعوم مجدٍ للغاية وزيادة على ذلك فقد جربنا حبوب الطعوم فى السل المؤكد فى البلَّغ وليس هنا مقام نشر نتائجنا التى نبقيها لرسالة أخرى .

ونكتفى بقولنا ان الطعم فى شكل حبوب تأثيره كتأثير التطعيم بالحقن . والزيادة عن مقدار معين يختلف باختلاف الاشخاص تحدث تفاعلا عاماً من ظاهرة ارتفاع الحرارة وتفاعل مركزى فى موضع الآفة والتبليغان الآتيان يبينان تماما تأثير حبوب الطعم . وفى الحالتين كان تدرن متقدم آخذ فى الالتئام وهذه بالاجمال هى الحالات التى قد تستفيد من العلاج بالتطعيم فالتبليغ الاول يبين تأثير المقادير المتزايدة على الحرارة . فبعد أخذ ٣ حبات ارتفعت الحرارة قليلا و بعد أربع حبات ارتفعت كثيرا مما يدل على انه لا ينبغى تخطى مقدار الثلاث حبات ونرى ان هذا المقدار لا يحدث تفاعلا اذا أعطى بعد ذلك

أما التبليغ الثاني فيبين لنا نهاية التداوى الذى امتد أكثر من شهر بحبة من طعم تؤخذ ثلاث مرات يوميا

ولم تتأثر الحرارة حتى نهاية الاسبوع الرابع حيث بدأ تأثير العلاج فى الحرارة وسير المرض يكون واضحا ولما كانت حرارة المريض مرتفعة نسبياً فلم تعد حبة واحدة .

ونرى من ذلك أن طعم الدرن المحضر بطريقة Fornet يمتص مثل أى طعم آخر بحقن تحت الجلد والحبة تحتوى على ١/١٠٠ ملاجرام من جسم الباشلس

السيلان : لابد من مزج هذا الطعم بالمرّة ليحتوى على البروتينات غير المتغيرة فى الجونوكوكات وبدون مناقشة مزاياه العلاجية نكتفى باثبات فاعليته بمقابلته مع الطعوم الشائعة التى تعطى حقنا تحت الجلد أو فى الوريد

تعلم أن حقن السليم بطعم الجونوكوك لا أثر له بعكس حقنه فى مريض بسيلان زمن كمين فان حقنة واحدة تكفى لاحداث تفاعل مركزى وعام ولاظهار سيلان من المجرى فيه جنوكوكات بعد انقطاعه

ويمكن الحصول على مثل هذه النتائج بطعم يؤخذ من الفم . وكل الفرق فى أن التفاعل العام أقل شدة اما الموضعى فلافرق فيه . لذلك نفضل التطعم بالفم على غيره من جهة التشخيص والعلاج

وقال Janet فى خطبة القاها فى جمعية المباحث البولية الفرنسية سنة ١٩٢٣ اكتوبر « يوجد طعم للجونوكوك يؤخذ بالفم محضر بطريقة W Fornet جدير بالالتفات فانه يجدد السيلان القديم ويحرز من السيلان الحاد »

الدمامل

من المسائل المعروفة بمصر ظهور دمامل وبائية تسمى حب النيل وسببها البذور العنبية الصفراء (Staphylococci aureus) والدواء الوحيد الناجع لهذا المرض المؤلم هو الطعوم المختلفة سواء كانت ذاتية أو حاضرة فى السوق stock vaccnies

وقد جربنا فى عدد من المرضى حبوب الطعم الممرور من البذور العنبية ويمكننا اثبات فائدتها واقتنعنا بأنها أكثر فائدة من الطعم المحقون تحت الجلد لأنها أبطأ فعلا وأخف شدة منه

وقد جربنا فى باريس ومصر معالجة المرضى بالسعال المزمن بطعم ذاتى يؤخذ من الفم جهز فى باريس بمعرفة الدكتور Creuzé الذى كان سابقا مساعدا للاستاذ Chentemesse ويمكننا القول بأن التطعم بالفم مفيد فى الامراض المخاطية

الخلاصة والاستنتاج : الغرض من هذه الرسالة بيان امتصاص الطعوم المختلفة من الأمعاء شرطا أن تحضر حسب الاصول وان التطعم بالفم ليس ممكنا فقط بل هو طريقة أكثر فاعلية من التطعم بالحقن تحت الجلد أو فى الاوردة

ولا يوجد أقل شك فى فائدة التطعيم الواقى من التيفود وشبيهة التيفود والكوليرا والديسنطريا الباشلسية وقد أثبتت التجارب الكثيرة أنها لا تقل نجاحا عن التطعيم بالحقن الذى كان متبعا أثناء الحرب الكبرى

ولما كان تطعيم جميع الناس إجبارا أمرا غير ممكن الآن فى جميع البلاد . فانا نوافق Bennett على وجوب اتخاذ إجراءات لجعل التطعيم بالفم نظاما اجباريا فى البلاد المتوطنة فيها هذه الأمراض

وانا نشير على مصلحة الصحة بمراقبة الحجاج وإعطاء كل منهم ٣ — ٤ حبات تكفى لتحصينه مدة سنة من التيفود والباراتيفود والديسنطريا الباشلسية ونرى فى ذلك فرصة لتجربة صحية هامة

اختبرنا العلاج بالتطعيم الفمى أكثر من عامين فوجدنا الطعم الممرور مفيد جدا فى الدرن والسيلان والدمامل وبعض أحوال النزلات الشعبية وقد يتحقق هذا النجاح فى الأمراض الأخرى فيصبح ممكنا استبدال التطعيم بالفم بالتطعيم بالحقن

الحمل التام المدة خارج الرحم

تشخيصه وعلاجه

محاضرة أنماطا الدكتور احمد شفيق بك

أمام الجمعية الطبية المصرية

زملائى الافاضل

إنى أشكر لـكم تنازلـكم بالحضور الليلة ولو أنه ليس لدى من جديد أذكره غيرما تعلمون ولـكني رأيت أنه ربما بتجدد الذكرى وعرض هذه العينات عليكم يمكننا أن نتسلى بالبحث والمناقشة ويستطيع كل عرض خبرته وتجاربه الخاصة . وسأقتصر الليلة على ذكر تشخيص وعلاج الحمل التام المدة خارج الرحم

كان للطب العربى الفخر حيث ذكر الرئيس ابن سينا أول حالة حمل خارج الرحم كان يخرج من ناسور سرى عند المريضة عظام الجنين واحداً فواحداً

وأن تشخيص مثل الحالات قد يبدو سهلا بسيطاً ولـكنى أقول انه بمقدار ما يسهل فى البعض قد يكون من أصعب الامور وأدقها فى البعض الآخر . يدلنا على ذلك ما هو موجود فى التاريخ الطبي من الاحوال الـكثيرة

أما قواعد التشخيص التى يمكن الارتـكان عليها : —

أعراض الحمل العامة

سهولة جس أجزاء الجنين

عدم وجود الهزة الجنينية الرحمية

جس الرحم منفصلا عن كيس الحمل أو ملتصقاً به

و إذا تعسر الامر فيمكن فحص المريضة تحت الكلوروفورم وجس الرحم منفصلا .

وإذا استمر الشك موجوداً فيمكن إدخال المجس الرحمى داخل الرحم ثم الاكتفاء بذلك أو أخذ صوره بالاشعة

وعليه نرى أن أول ما يجب السؤال عليه هو هل الحمل خارج الرحم أو داخله ؟

واذا كنا نرى أن معظم الأحوال المعروفة لم تشخص الا بعد موت الجنين فذلك لأن هذه الأحوال لا تعرض علينا الا بعد فوات ميعاد الوضع ووصول الوضع الكاذب وعندها تهتم الحامل بنفسها وتقدم على الاستشارة . ومعظم هـذه الأحوال يكون قدمرت عليه الأشهر الاولي بأعراض خفيفة وفى أخرى قليلة تمر مدة الحل من غير أعراض بالمرة لا في المدة الاولى ولا فى استمرار الحمل كما قد يحصل فى الحمل البوقى مع عدم الانفجار أو فى الحمل القرنى . ومن أهم الاعراض التى استخلصتها بالاستقصاء من اخوانى فى أواخر مدد حملهن هى الآلام البطنية كأن يحصل المريض التهاب بريتونى خفيف الوطأة يلزمها الفراش بضعة أيام تنتهى بالشفاء التام وذلك لحصول الالتصاقات التى يستلزمها نمو الجنين الامر الذى لايحصل فى الحمل داخل الرحم

والفحص يبين التغييرات الفنية ناقصه عما يراها عليه فى الحمل الرحمى

وتزداد الصعوبة فى التشخيص كلما كان الحمل فى الرباط العريض أو خلف البريتون والآن نستعرض الحالات التى أجريت لها العملية وقد كانت بعد وفاة الجنين . فالاولى هي :

حمل خارج الرحم (حمل كامل)

اسم المريضة شلبية محمد . مصرية . عمرها ٣٠

تاريخ الدخول ٢٥ / ٧ / ١٩١٩

تاريخ المرض : —

يبتدئ تاريخ المرض من الثانى للحمل حيث تقول المريضة أنها شعرت اذ

ذاك بألم وخزى فى الجزء الاسفل للبطن تحت السرة وفى الجانبين ففقدت المريضة شعورها واغمى عليها بسبب ذلك لمدة ثلاث ساعات بعدها أفاقت ولكن صار يتردد عليها التعب والغشيان من ذلك العهد كل عدة أيام . على أنه ليس هناك تاريخ يدل على حصول نزف رحمى من أى نوع كان . وكانت المريضة عاقراً لمدة ثلاث سنين مضت

تاريخ الحمل . الحيض الاخير . —

لقد مضى على آخر مرة للحيض مدة عشرة شهور ومنذ الشهر الثانى للحمل بتدأ تاريخ الموض الآنف الذكر . وفى الشهر التاسع من الحمل شعرت المريضة بارتكاض الطفل (١) فى بطنها ارتكاضاً عنيفاً مع حصول طلق غير واضح ونزول افراز دموى مصلى من الرحم . وبعد عدة ساعات وقفت حركات الجنين

العملية

عملت لها عملية قيصرية استخرج بها جنين ذكر وزنه ٢٦٥٠ جم وطوله ٥٢ سم وكان ذلك الجنين ميتا وفى حالة تعفن

مقدار السائل الامنيوسى ٣٤٠٠ سم

وفى يوم ٢٠ سبتمبر سنة ١٩٢٠ ادخلت المريضة ثانية في المستشفى لحصول فتق فى اثرة التحام العملية السابقة .

التاريخ العائلى : المريضة متزوجة من مدة ١٠ سنوات

المرض السابق . عمل للمريضة عملية قيصرية من مدة سنة لحمل كامل خارج الرحم

عدد مرات الحمل . ثلاث

تاريخ المرض الحالى . يوجد انتفاخ فى الخط المتوسط للجسم فيما تحت السره وهذا الورم يجعل المريضة تشعر بألم نخسى وهو يقع فى اثرة التحام العملية السابقة

---

(١) حركة الجنين في البطن

الحيض . يأتى بالم ومقداره غزير ويستمر لمدة ٦ أيام ولكن الدم طبيعى

خصائص الورم . يوجد ورم لين فى حجم البرتقالة الكبيرة موقعه فى منتصف المسافة بين السرة والعانة

التشخيص . فتق التحامى حاصل بعد العملية القيصرية لحمل كامل خارج الرحم

العملية

استؤصل كيس الفتق مع الجلد المغطى له الذى فيه ندبة الالتحام ثم خيطت جدار اليطن على ثلاث طبقات .

شرح العملية بالاسهاب . —

اجريت العملية فى ١٥ / ٩ / ٩٢٥

كان الجلد الذى فيه اثر الالتحام رفيعاً ومناظراً لحافة فتحة الفتق تماماً وكان الثرب ملتصقا بالجزء الاعلى وعلى الجهة اليسرى للفتق .

ولقد ربط الثرب بين ربطتين ثم قطعت الحلقة الليفية لفتحة الفتق وانبسطت محتويات غلاف الفتق . ولقد أظهر اختبار البطن اختفاء كل اثر للمشيمة السابقة (الطفيلية) وكيس الحمل ولم تترك الا التصاقات رقيقة حوال الرحم امكن ازالتها بسهولة .

ولقد ظهر مكان تمزق البوق على بعد بوصة من قرن الرحم وعلى الحافة العليا للبوق ولكنه الآن ملتحم ومكانه متورم قليلا وصلب . اما من جهة المبيض الايسر والبوق فأنهما طبيعيان ولا شئ بهما . ولقد شوهد الثرب متغيراً لونه ايضا . ثم أقفلت فتحة الفتق على ثلاث طبقات .

حمل بوقى

— كامل المدة —

اسم المريضة سلمى مسعود عمرها ٢٧ سنة عدد الأولاد ٧ سبعة

تاريخ الدخول ١ / ١٠ / ٢٥ تاريخ الخروج ٩ / ١١ / ٢٥

تاريخ المرض السابق . — ليس هناك تاريخ لحصول زهرى الخ

تاريخ الولادة — سن البلوغ ١٣ سنه

سن الزواج ١٢ سنة

عدد مرات الحمل ٧ سبعة

	المرة		الجنس	الولادة		الوفاة		العمر	
من الزوج الاول	المرة الاولى	:	ذكر	ولادة	طبيعية	مات	بعد	١٢	سنة
	« الثانية	:	»	»	»	»	»	٧	»
	« الثالثة	:	»	»	»	»	»	١½	»
	« الرابعة	:	»	»	»	»	»	٢	»
	« الخامسة	:	»	»	»	»	»	٧	شهور

من الزوج الثانى . اجهاض فى الشهر السابع

آخر مرة للولادة كانت منذ خمسة سنوات

الحمل الحالى .

تقول المريضة بأن حركات الجنين وقفت منذ شهرين . وتقول ايضاً ان إفرازاً كريهاً يخرج من المهبل

الحالة العمومية . —

النبض ١٠٠ فى الدقيقة درجة الحرارة ٣٧٫٥ — ٣٨ التنفس ٢٤ فى الدقيقة القلب والرئتان الخ كلها طبيعية

الـكشف . —

يبلغ ارتفاع قاع الرحم أسفل الغضروف الخنجرى بسمك ثلاث أصابع لا يمكن تمييز أجزاء الجنين بالجس ولا يمكن أن يشعر بحركات الجنين ودقات قلب الجنين غير مسموعة

مقاييس الحوض . ما بين الشوكتين المتقدمتين		٢٣ سم
«	العرفين الحرقفيين	٢٦
	المقدم المؤخرى	٢٩

العملية . —

فتحة فى المنتصف

واضطرت لمد الجرح إلى أعلى من الـكيس والى أسفل منه حيث انه كان متلصقاً بالجدار الباطنى من الامام وكان التخليص أسهل من الجانبين الى الامام . والزائدة الدودية والاعور والقولون كان كل ذلك مدفوعاً الى أعلى الورم وإلى اليسار الى مستوى المعدة . وكان الاعور والزائدة ملتصقين بالورم . واستؤصلت الزائدة مع الورم .

وكان البوق والمبيض الايمن فى محلهما . وكان الرحم كبيراً ومنثنياً الى الامام وقد فصل الورم ومتعلقات الرحم اليمني من الرحم . ثم عملت الاصلاحات اللازمة وأغلق البربتون ولم يستأصل أى شىء من الترب بل ربط

حمل بوقى

الاسم . سيده حميد خليل العمر ٣٠ سنة عدد الاولاد خمسة

تاريخ الدخول ٦/١/٢٥ تاريخ الخروج ١٢/٤/٢٥

شهر الحمل : —

حمل خارج الرحم . مدة الحمل ١١ شهر

الطفل : خارج الرحم ومتعفن وموجود بالتجويف البطنى وحوله التصاقات ليفيه بينه و بين البريتون والامعاء

العملية : —

فتحت البطن واستأصلت الـكيس أى البوق مع الشيمة والرباط العريض الايمن

وجد الطفل فى حالة تعفن وكان وزنه ٣½ كيلو وطوله ٢٠ بوصة . وكان وزن البوق والخلاص ٢ كيلو

تاريخ المرض السابق : —

كانت مريضة منذ ١٠ سنوات اذ ظهر لها فى جهة العجان ورم مؤلم وهـذا الورم فتح وبقى ٤٠ يوماً حتى التأم الجرح وبقى أثر الالتحام هناك (ربمـا كان خراجاً)

تاريخ الحمل السابق .

حملت المريضة ٤ مرات

الأول { حمل كامل المدة . بنت . ولادة اعتيادية . ماتت بعد سنة من مدة ١٥ سنة

الثانى { حمل كامل المدة . بنت . على قيد الحياة . ولادة اعتيادية

الثالث { حمل كامل المدة . ولادة اعتيادية . ولد مات بعد ٢½ سنة

الرابع { حمل كامل المدة . ولادة اعتيادية . بنت على قيد الحياة . من مدة ١٠ سنوات

الحمل الحالى : — فى الشهر التاسع

الكشف . —

بالكشف على المريضة وجد ورم كيسى فى جهة العجان وذلك الورم يبدو كأنه مغطى بالجلد فقط وموضعه مكان الورم القديم الذى ظهر منذ ١٠ سـنوات وفتح عليه وبقى أثر الالتحام محله .

وهو فى الحقيقة فتق عجانى كبير على الجهة اليسرى ومعه فتق مستقيمى والاثنان يظهران كأنهما فى اتصال وهـذا الفتق محتو على جزء من المعى أو سقوط الجدار المهبلى الخلفى

وكان الجدار البطنى سميكا جداً ولكن بالجس أمكن معرفة وجود كتلة جامدة

فى الجهة المراقية اليمنى مما يوجد فكرة وجود رأس جنين بتلك الجهة

ولم تسمع ضربات قلب الجنين

مقاييس الحوض . —

مابين الشوكتين (Intra-Spin)	٢٣ر٥ سم
مابين الحرقفتين (Intra-Cristal)	٢٧ر٥ سم
المقدم الخلفى (Ext. Conj)	٢٠ سم

والآن ننتقل للعلاج . فجميع الاحوال التى عرضت علينا كان الجنين فيها ميتاً ولا أعلم حالة كان الجنين فيها حياً الا حالة للدكتور محفوظ بك حيث اضاعت المريضة من حضرته فرصة عمل العملية فى الوقت المناسب بحضورها بعد وفاة الجنين .

ومن الوجهتين الجراحية والفنية معاً يجب أن يحوى العلاج الحصول على الجنين حياً واستئصال الكيس والمشيمة فى وقت واحد واقفال البطن من غير درنغة . لكن هناك الرأى الذى يقول بعمل العملية فى أى وقت كان بعد عمل التشخيص واعتبار الحمل كمرض خبيث لايجب التوانى أبداً فى ازالته للأخطار التى تتعرض الأم لها من نزف أو انفجار . أو منهما معا .

وهناك من يبقى المريضة الى الشهر الثامن أو أكثر الى أن يتم الحمل ثم عمل العملية و يعامل الكيس والمشيمة كالمتبع من استئصالها أو ابقائهما معا ولكل كما تعلمون مزايا واضرار .

وثالث يرى فى الطفل الذى عرض للنمو في غير ماحصل لنموه أنه لايكون صحيح البنية وعرضة للضغط وعليه لا يهتم به ويلاحظ مصلحة الأم نفسها لتستمر فى حملها الى أن تضمر أوعية المشيمة ويسهل فصلها .

وإننى أرى أن فى هذه الاحوال قد تساعد الأشعة كثيراً على الفصل فى

حالة الطفل اذا وجدت عاهات فى العظم ولا بد من اعطاء الطفل حقه في الحيـاة مع اعتبار حياة الأم وعـدم تعرضها للخطر لاسيما اذا كانت تشتاق للحصول على نسل لها واذا كانت تعمل العملية فى محل لائق مستوف .

وأنى أنتهز هذه الفرصة لاكرر مزيد شكرى للحضور جميعا على سماعكم هذه المحاضرة آملا أن يوافى الزملاء الجمعية بكل جديد يقع تحت نظرهم من مثل هذه الأحوال الهامة .

التخدير الشوكى

(الدكتور محمد عبد الحميد بك)

يطلق التخدير الشوكي على التخدير الذى يحدث بادخال مخدر موضعى حقناً فى المسافة التى بين وريقتى الغشاء العنكبوتى فيمتزج المخدر بالسائل المخي الشوكى مؤثراً فى الجذور العصبية الشوكية الانسية والوحشية التي يلامسها المخدر. وهو تخدير جزئى أعم من التخدير الموضعى. وربما كان فى استعمال كلمة « التخدير » فى هذا النوع شيء من عدم الدقة. وذلك لان الاطباء قد اصطلحوا على إطلاق التخدير[1] على فقد الاحساس والحركة على نحو ما يحدث بالايثير والكلوروفورم. لكن فقد الاحساس الذى ينشأ عن التخدير الشوكى يكون قاصراً على فقد الاحساس بالالم[2] فلا يبطل احساس اللمس، ولا احساس الحرارة أو البرودة. ولا احساس الضغط أو الجذب

والمعتاد أن تبطل الحركة فى الجزء المخدر بطلاناً تاماً تسترخى معه عضلات البطن استرخاء لا يشاهد فى غيره من أنواع التخدير مما يجعلها تهبط أحياناً فى الجرح وتقتضى تبعيد الحافات بالمبعدات. ولا نعلم تماماً هل يتأثر الحبل الشوكي نفسه بالمخدر. على أن بعضهم يعتقد أنه لا يتأثر

ويختلف الارتفاع الذى يمتد إليه فقد الاحساس بالألم باختلاف جرعة المخدر المستعمل. وقوة الحقن فى أثناء الحقن. وبمقدار انتشار السائل، وبدرجة كثافته النوعية. فكلما كانت الجرعة اكبر وزادت قوة دفعها فى أثناء الحقن، حل بطلان الاحساس بالألم سريعاً وزاد امتداد مساحته الى أعلى، وطال زمن بقائه

وبعض المتوفرين على التخدير يهتمون بمقدار ما يخرج من السائل المخى الشوكي

---

(١) التخدير — Anæsthesia

(٢) فقد الاحساس بالالم — Analgesia

قبل الحقن، و بعضهم يميلون الى حقن المخدر عقب خروج السائل مباشرة . وتتوقف طريقة سير محلول التخدير فى السائل المخى الشوكي على قوة الانتشار ودرجة الكثافة

وأكثر أنواع المخدرات شيوعا واستعمالا الاستوفائين (١) والنوفا كئين (٢) . فأما النوفا كئين فأقل النوعين سمية ، وأقلهما تهييجاً للأنسخة ، وهو كذلك أقلهما تأثيراً وضمانا . وأما الاستوفائين فانه وان يكن له بعض التأثير فى تحليل الدم (٣) الا أنه أكثر ضمانا وأثبت تأثيرا ، هذا الى أنه مضاد للعفونة بدرجة خفيفة وممكن تعقيمة بالاغلاء . ومن عيوبه انه قابل للانحلال اذ ينحل سريعاً بأي أثر قلوى ، وهذا مما يقتضى العناية بأمر الأمبول الذى يحفظ فيه لأنه يجب أن يخلو زجاجه من القلوى . وكذلك يجب أن تعقم أدوات حقنه بغير أن يوضع في الماء شيء قلوى

والمصريون من الأطباء يستعملون الاستوفائين بالتركيب الفرنساوى الآتى فى كل سنتيمتر مكعب

بورات الرينالبتين	٠/٠٠١٣
استوفائين	٠/ ٠٤
ملح الطعام	٠/ ٠٠١١

ويستعمل القوم فى انجلترا الاستوفائين محلولا باحدى طريقتين . فاما الطريقة الأولى فهى محلول الاستوفائين بنسبة ٥ فى المائة مع محلول الجلوكوز بنسبة ٥ فى المائة فى الماء المقطر . وأما الطريقة الثانية فهى محلول الاستوفائين بنسبة ١٠ فى المائة فى محلول الملح الطبيعي . ويسمى هذا المحلول بالمحلول « الخفيف » تمييزا له من المحلول الآخر الذي يسمى بالمحلول « الثقيل » فدرجة الكثافة النوعية لمحلول الاستوفائين بنسبة ٥ فى المائة مع الجلوكوز وهو فى مثل حرارة الجسم هى

---

(١) Stovaine

(٢) Novacocaine

(٣) Hemolytic action

١٫٠٢٣ فى حين ان درجة كثافة السائل المخى الشوكي هى ١٫٠٠٧ . أما المحلول الآخر فلا تزيد كثافته الا قليلا عن السائل المخى الشوكى ، ولذلك يكون تأثيره بالانتشار على الاكثر . أما محلول الجلوكوز فلا ينتشر إلا ببطء منجذبا الى الاسفل وذلك لكثافته. ولقد بين الاستاذ باركر (١) ان الانسان اذا اضاف الى الاستوفائين مادة كالجلوكوز أو اللاكتوز فانه يجعل الاستوفائين يهبط الى اسفل موضع فى القناة الشوكية . وهو يعتقد ان الاستوفائين يمتزج بالسائل المخى الشوكي ويؤثر بظواهر الانتشار على الاكثر . ولو كان التأثير بمساعدة الكثافة وكان الانتشار بطيئا لأمكن الحصول على التخدير المطلوب بجرعة اقل مما يلزم لو استعملنا محلولا أقل كثافة واسرع تشتتا الى اعلى والى اسفل .

وهو ينصح باستعمال ما يريده الانسان من المحلولين ، لكنه يرى للمحلول الثقيل مزية التأثير بالثقل فيمكنك أن تعمل ماتريد بتغيير وضع المريض. فاذا وضعته فى وضع معين لكى تجعل جزءاً معينا من الانحناء الشوكي هو الأدنى فالمحلول يهبط إلى هذا الجزء ولاينتشر الى الأعلى. وهى مزية لايستهان بها وقد يستطيع بها الجراح أن يحصل على تخدير يكاد يكون جانبياً لأن الجراح لا يحتاج دائماً إلى تخدير جانبى الجسم تخديراً كاملا وارخاء العضلات فى الجانبين ارخاء تاماً ففى بتر أحد الطرفين السفليين ليس التخدير ضروريا فى الجانبين . ويمكنك تخدير أحد الجانبين بوضع المريض على الجانب المراد تخديره وابقائه فى هذا الوضع مدة دقيقتين أوثلاث عقب الحقن مباشرة ثم وضعه على الجانب الآخر فان فعلت ذلك وجدت أن فقد الأحساس وبطلان الحركة يحدثان فى الجانب الأول أولا . وهذا مايدعوه لتفضيل المحلول الثقيل عن الخفيف . هذا إلى ان المحلول الخفيف لا يطرد تأثيره مما يغرى بزيادة مقدار الجرعة للحصول على التخدير المطلوب

---

(١) Barker

على أن محلول باركر وهو المحلول الثقيل لا يخلو من العيب . وهو خطره إذا لم يحرص الانسان على رفع الرأس والـكتفين . فقد يسير المحلول المخدر إلى الأعلى فيؤثر فى عصبى الحجاب الحاجز وفى المراكز الحيوية أيضاً . لـكن قد اتضح من التجارب أن الاستوفائين يرسخ فى مكانه بعد الحقن ببضع دقائق فيمكنك أن تجعل رأس المريض فى مستوى جسمه بعد الحقن بخمس دقائق . ويمكنك أن تجعل الرأس أكثر انحداراً كما يكون فى وضع ترلندلنبرج بعد الحقن بنحو عشر دقائق على الأكثر ، أقول يمكنك أن تعمل ذلك آمناً مطمئناً . فان يكن الاستوفائين مما لا يرسخ عقب الحقن فقد ينحدر إلى المراكز الحيوية ويبطل عملها

ويختلف زمن التخدير باختلاف الجرعة والمعتاد أن يبقى نحو ساعة بالجرعة الاعتيادية وقد يزول قبل ذلك . وقد يلبث أطول من هذا الزمن ويتلاشى التخدير من أعلى إلى أسفل . ولذلك كثيراً ما يرى الجراح ان الاحساس قد عاد الى الجزء العلوى من الجرح بينما يكون مفقوداً من جزئه السفلى وهذا مما يضطر الجراح اذا طالت العملية وأخذ تأثير المخدر أن يزول أن يبتدىء فى خياطة الجرح من أعلى الى أسفل . ومن الغريب أن تأثير المخدر يزول على نقيض نظام ظهوره

تجهيز المريض للتخدير الشوكى

لقد قيل إن من حسنات التخدير الشوكى أن المريض لا يحرم من الأكل والشرب حتى ساعة العملية وحوشيت أن تنسى أيها الطبيب ما كنت تحفظه أيام دراستك الاولى ، أيام كان يضرب لك المعلم المثل بقوله أكلت السمكة حتى رأسها من أن حتى إذا لم يكن معها قرينة تقتضى دخول ما بعدها فى الحكم أو عدم دخوله يحمل على الدخول بخلاف الى فانه يحكم بعدها بعدم دخوله حملا على الغالب . واقصد بذلك الى أن من حسنات التخدير الشوكى أن المريض يستطيع أن يأكل الى ساعة

العملية ويستطيع أن يشرب فى ساعة العملية . وكثيراً ما يعطى قليلا من الكنياك أو جرعة طود فى أثناء العملية عند الضرورة

وكذلك من حسناته ان المريض يستطيع أن يأكل عقب العملية مباشرة . ولا شك أن عدم الحرمان من الاكل قبل العملية و بعدها مزية عظيمة لايستهان بها فى بعض الاحيان عند بعض المرضى لكن وجد أن الافضل ألا يسمح للمريض بتناول الغذاء قبل العملية للاسباب الآتية ، وهى :

أولا — قد لاتتيسر العملية بالتخدير الشوكى كأن لاتستطيع أن تعمل الحقنة أحياناً ، وان استطعت عملها فقد لاتؤثر التأثير المطلوب . وكلما زدت تمرينا قل فشلك فى عمل الحقنة وفى الحصول على التخدير

ثانياً — قد يرى المريض ألا يرى عمليته وألا يكون حاضر الذهن فيها ووقتئذ تحمله مما لاطاقة له به اذا اجريت العملية بالتخدير الشوكي و بذلك تثقل على الجراح جراحته

ثالثاً — قد يتلاشى تأثير المخدر قبل أن تنتهى العملية

فى كل هذه الاحوال يلزم تخدير المريض تخديرا عاماً مما يقتضي أن تكون المعدة خاوية من الغذاء .وعلى ذلك يكون من صواب العمل تجهيز المريض للتخدير الشوكي كتجهيزه للتخدير العام ، لكن يمكنك أن تعطيه قبل ميعاد العملية بساعتين شيئاً من اللبن أو المرق أو محلول الجلوكوز ، اذا كان المريض ضعيفاً أو منحط القوى .

ومن عيوب تناول الطعام قبل العملية أن المريض قد يأخذه القئ ، من جراء التخدير الشوكي ،في أثناء العملية . وهى مضاعفة أقل حدوثاً اذا كانت المعدة خالية من الطعام .

وينصح بعضهم باعطاء المريض قبل العملية حقنة من محلول الملح الطبيعى بنسبة ٩ فى الألف بمقدار ٢٠٠ الى ٥٠٠ سنتمتر مكعب . وكذلك ينصحون بحقنه ٢٥ سنتجرام من الكافين وبمليجرامين من الاستركنين

والغرض من هذا الحقن المختلف رفع الضغط الشريانى . ويلزم ان يعمل كل ذلك قبل ميعاد العملية بساعتين أو ثلاث

وينصح بعضهم بحقن المريض اذا كان عصبيا أو كان من الجنس اللطيف بحقنة من المورفين والاتروبين أو من المورفين والاسكوبولامين . ويجب أن تعمل هذه الحقنة قبل ميعاد العملية بنحو ساعة

وينصح بعض الذين يعملون الحقن الشوكى والمريض نائم على منضدة العمليات بتخديره تخديراً عاماً قبيل الحقن لكيلا يتحرك فى أثناء دخول الابرة .

بحث فى آلام الحيض واضطراباته فى النساء الصغيرات

حدوثه — منعه — علاجه

هذا البحث افتتحته أليسى سندرسون في اجتماع الجمعية الطبية البريطانية الذى عقد فى برادفورد عام سنة ١٩٢٤

عُسْر الطمث أو الحيض المؤلم (Dysmenorrhæa) يطلق هذا التعبير على الحيض غير الطبيعى — لأن الحيض أو الطمث وظيفة طبيعية غير مصاحبة لأى أعراض ولو لم تكن أعراض نزول الدم هى ماتشاهده الأنثى لما عرفت حدوث الحيض . . . اذن أى عرض أو شكوى أو ألم يصاحب نزول الطمث هو مانحب أن نطلق عليه كلمة Dysmenorrhæa فى البحث الذى نذكره

حـــدوثه

من مدة ١١ سنة جمعت هذه المعلومات بعد السؤال من ٢٠٥٠ بنت مابين سن ١٢و٢٢ سنة ومن هذا العدد ١٨٤٠ كنّ تلميذات فى الثانوى وأغلب هذا العدد كنّ داخلية وكانت مشاهدتهن فى بدء السنة المكتبية . والباقى من العدد ٢٢٠ كن طالبات فى جامعة المعلمات التى كنت أنا احدى طبيباتها ... وطبعا قسمت الحالات الى قسمين فى القسم الأول وضعت جميع من أجبن أنهن لايشعرن بأى عرض أو تعب وقت الحيض وفى القسم الثانى (اضطرابات الحيض) وضعت جميع الحالات التى يشعر فيها بأى احساس مهما كان بسيطا مثل صداع أو تجشؤ حين وجود الطمث . وهذا القسم قسمته ثانيا الى أقسام (١) الحالات التى يشعر فيها بأى عرض بسيط (٢) حالات يشعرن بألم أقل من الحاد (٣) التى يشعرن فيها بأعراض لاتطاق فكانت النتيجة كما يأتى

عدد التلميذات اللاتى سئلن ٢٠٥٠

القسم الاول — اللاتى لايشعرن بشىء ٧٨ ٪

القسم الثانى — Dysmenorrhæa اللاتى لايشعرن باضطراب عند الطمث

	أعراض يسيرة	٠/٠١٧
٢٢ ٠/٠	أعراض أشد	٢ ٠/٠
	أعراض لاتطاق	٣ ٠/٠

ومن الأنواع التى يطلق عليها (الاضطراب التشنجى Spasmdoic لم أر سوى ٥ حالات . . وكان من النادر مشاهدة اضطراب فى الحيض الأول والثانى فقط ثلاث بنات ذكرن ذلك

على أن نسبة عدد حالات اضطراب الطمث من جهة ملاحظتى شخصيا كانت أقل بكثير مما ذكره الدكتور Blair Bell فى اجتماع العام الماضى حيث

كانت النسبة ٥٣ ./ و ٤٢ ./ وهذه النسبة أخذت من حالات الدكتورة مارى چاكوبى من عدد ٢٦٨ بنتا ومن حالات الدكتورة كاثرين من عدد ٥٠٠ بنت

ان الرقم الذي حصلت عليه من عدد ٧٣٤ بنتاً كان ٤٧./ وهو الرقم المتوسط بين النسبتين المذكورتين أعنى الـ ٥٣ والـ ٤٢./ وسنعلم فيما بعد السبب فى نقص النسبة التى حصلت عليها ويمكننا أن نكتفى الآن بأن نقول أن مجرد معيشة الدراسة بالنسبة للرياضة البدنية كافية لتقليل نسبة اضطراب الحيض وأيضاً سن دخول المدارس كان أقل عن مدة خمس سنين مضت . ذلك بالنسبة لتأثير زى المدارس (بالنسبة الى زمن الحيض) الذى يبتدىء غالباً في سن البلوغ

وانى آمل أن أوضح أنه ليس من الضرورى وجود ٢٢./ من بنات المدارس يشكين من اضطرابات الحيض . . وأنه بهذا كرتنا لكتب أمراض النساء لا نرى بداً من أن نعرف أن الحيض ليس عرضاً لا يشوبه ألم . وانى لم أر كتاباً واحداً لا أفهم منه أن الحيض لا بد أن يصاحبه بعض الشكوي

على أنه من الصعب أن نرى كيف أن جراحى أمراض النساء يمكنهم أن يعرفوا المبادىء الأولية فى حالة الحيض الطبيعى بينما نرى أوقاتهم موقوفة على الأعمال المرضية وانى لمناسبة ذلك أقترح بأن تؤخذ الاحصائيات الحقيقية الصحيحة بشأن وظيفة الحيض من أيدى النساء الطبيبات المتدخلات فى شئون العدد العديد من التلميذات الأصحاء والنساء فى المدارس والكليات وفى محال الأشغال

على أن أهمية تدريس هذا الموضوع لطلبة الطب لم تقدر كما يجب حيث يترتب على ذلك النصائح التى تعطى لأمهات المستقبل وكلما كانت نصائح طبيب العائلة أن زمن الحيض يجب أن يقدر كحالة نصف مرضية كان عسر الحيض dysmenorrhæa شكوى دائمية

وقد لاحظت أن بعض أطباء أمراض النساء . لا يعدون ألم الحيض مما

يطلق عليه لفظ dysmenorrhæa (الحيض المؤلم) ما لم يكن الألم شديداً بحيث يمنع الأنثى من تأدية عملها على أنه من المتفق عليه الجميع أن النوع الشديد هو أقل من الأنواع الأخف . . ولذا فان الأنواع الأقل شدة هي الاكثر أهمية من حيث تأثيرها على تأخير الأشغال العملية اذ من البين أن أي ألم أو ملل تشعر به الأنثى فى أثناء أعمالها اليومية ينتج عنه تأخير ونقص قيمة شغلها . . . . لهذه الأسباب يجب أن نقدر أهمية الموضوع ونعد اضطراب الحيض مهما كان يسيراً أمراً هاماً لا يجب اغفاله بل يلزم علاجه

طرق المنع

مذ يوم كنت بنتا صغيرة كنت أعرف أن الحيض الطبيعى وظيفة لا يصحبها أى الم . ولا يجب منع الاستحمام والالعاب الرياضية فى اثناء الحيض بل اذا وجد اى اضطراب dysmenorrhæa فانه يتحسن او يزول الالم بتاتا

النصائح التى تعطى للبنات بشأن زمن الحيض

(١) الحيض ليس مرضاً ولكنه وظيفة طبيعة

(٢) يجب اتباع جميع قوانين النظافة والطرق الصحية فى اثناء الحيض كما فى الاوقات الأخرى ولا يخشى من عمل حمام ساخن يوميا وغسل الجسم بالماء والصابون — ويجب ملاحظة حالة الامعاء الطبيعية

(٣) لاجل ان ينمو جسمك ويكون قويا يجب ان تتبعى الرياضة البدنية فى الهواء الطلق كل يوم وكذلك فى ايام الحيض كالمعتاد واذا شعرت بألم فى اثناء الحيض يجب ان تمشى مسافة بنشاط . او تلعبى اى لعبة رياضية او اى عمل فى البيت او فى الحديقة واعلمى انك اذا شعرت بالم ورغبت فى الفراش فان الالم لا يشفى بل يزيد

(٤) واذا شعرت انك مريضة اثناء الحيض فاستدعى الطبيب واعلمى ان أى الم يصاحب الحيض يمكن علاجه فى البدء احسن من تركه لعدة سنين

علاج عسر الحيض dysmenorrhæa

العلاج كما هو موضح فى الكتب المطبوعة هو الراحة التامة في الفراش وتدفئة البطن بزجاجات ساخنة ثم العقاقير وبعد ذلك عملية توسيع او شق العنق

على ان خبرتى علمتنى ان الرياضة ليست فقط واقية لاضطراب الحيض بل هى علاج شاف لكثير من النساء الصغيرات وفى اعتقادى انه لايجب اجراء عملية ولا يجب اقتراحها امام المريضة حتى تعالج المريضة بالحمامات والرياضة وأخذ العقاقير لمدة لا تقل عن ستة اشهر ويجب ان تتعلم الأنثى ان علاج اضطراب الحيض ليس معناه زوال الألم فقط فى اثناء حدوثه بل يجب ان تعرف ان منعه يتوقف على اتباع الانظمة الصحية والرياضة فى الخلاء ويجب على كل انثى ان تبعد عن فكرها ان الحيض له اعراض مؤلمة

ومن مئة حالة اضطراب حيض فى نساء عولجت بالحمامات والرياضة كانت النتيجة كما يأتى

٥٩ شفين تماما ٣٠منهن كن ياخذن بعض الأدوية لمدة ثلاثةالشهور الاولى

٣٢ قلت عنـدهن اعراض الالم بل كن يشعرن ببعض ملل و٢٢ منهن سوعدن بالعقاقير

لم يتحسن ٦ منهن لم يستمرون على تجربة العلاج و ٣ تحسن بعد علاج الميل الخلفى للرحم

ومن الادوية التى استعملتها (امونول) ثم خلاصة الغدد عديمة الاقنية وفى ١١ حالة عولجت بنجاح كنت اعطى خلاصه الغدة الدرقية وفى ٣ حالات اعطيت تركيبا من خليط الغدد

وفى اغلب الحالات كنت امتحن الحوض من المستقيم بدون استعمال مخدر ولذلك لايمكني ان اعطى تقريرا عن تعداد حالات العنق ذات الفتحة الضيقة التى

لا يتفذ منها الدبوس او اى تغيير يظهر من الامتحان داخل المهبل

وقالت صاحبة الموضوع انها لم تر حالات شديدة جدا بل اغلب هذه الحالات كانت تذهب للاخصائيين

كلمة ليونارد فلبس فى الموضوع Leonard Phillips, M.S., B.S.C. Lond. F.R.C.S. Eng. —

اننى اهنىء الدكتوره اليس سندروس على بحثها الهام وأقول إنى عالجت حالات عديدة بطرق تماثل ما ذكرت الدكتورة وكانت النتيجة لابأس بها علي أنى لا أغالى فى القول لو ذكرت أن أغلب حالات اضطراب الحيض غير المصحوبة بعلامات موضعية يمكن علاجها بالرياضة والحمامات الساخنة واستمرار هذا العلاج مدة الحيض . . . وللأسف وجدنا في غالب الأحيان أن الألم يبقى بالرغم عن اتباع كل الطرق الصحية وانى اذكر حالات عديدة كانت المرضى من المشهورات فى الألعاب الرياضية وأحياناً كان العلاج الصحى والأدوية والعمليات تجرب كلها ولا تفيد وكانت المريضة مضطرة لاحتمال آلام الحيض المتكررة العنيدة أو تعرض نفسها لعملية عظيمة مثل قطع الرحم . .

والحقيقة أنه لا توجد طريقة مثلى لعلاج حالات اضطراب الحيض بنجاح. نعم توجد بعض حالات اضطراب الحيض سببها عدم اتباع فوائد الصحة وهذه تعالج بالطرق الصحية ولكن توجد حالات كثيرة أسبابها عديدة وبعضها لا يمكن استقصاء السبب فيها وهذه حسب خبرتى لا تنجح فيها الطرق الصحية بل تعالج بطرق عديدة أخرى

وفي ورقة قرئت أمام الجمعية الطبية الملكية فى العام الماضى حللت نتائج علاج مائة حالة بالعيادة الخارجية وأوضحت وجود أنواع اكلينيكية مختلفة وكل نوع له علاج خاص وذكرت النوع المتسبب بعدم اتباع قوانين ما يأتى .

اضطراب الحيض غالبا قد ينشأ عن عدم اتباع القوانين الصحية . . .

والمرضى من هـذا النوع لهن شكل اكلينيكى خاص بهن فهن نحيفات مصابات بفقر دم وضعف وعضل البطن عندهن ضعيف والتنفس البطنى مفقود والأمعاء عندهن امساك والأعضاء مرتخية Visceroptosis ودورة الدم عندهن رديئة وتراهن لايخرجن من بيوتهن الى الهواء الطلق ولايأتين أى نوع من الرياضة البدنية . وبالطبع تشاهدان الرحم عندهن يقف نموه الطبيعى ويكون عضله ضعيفا لايقوى على أى مجهود

وان العضل الضعيف إذا اجبر لاتيان حركة انقباضية فانه يحدث الما تقلصيا كما يحدث فى العضلة التوأمية الساقية Gastrocnemius والرحم ..والامساك له تأثير ردىء فى هذه الحالة فان كتلة البراز تكون بمثابة ورم بالحوض إذ بضغطها على الاوردة تحدث احتقانا والما وقت الحيض — وإذن يمكن علاج هذه الحالات باتباع الطرق التالية . —

(١) تهدئة الخاطر . يجب أن تعرف الأنثى أن الحيض ظاهرة طبيعية لاتحدث مرضا ويلزمها الاستحمام واتباع الرياضة كالمعتاد

(٢) اصلاح الملبس . لاتلبس الأنثى ملابس ضيقة مثل الكورسيت

(٣) علاج الامساك . يجب شرب مياه بكثرة وأكل فاكهة وخضروات بكثرة وتدليك البطن والتعود على التبرز فى أوقات منظمة ويمكن استعمال مسهلات خصوصا سائل البرافين

الرياضة البدنية — وهنا ذكر الطرق التى قالتها صاحبة البحث ثم انتقل الى تقسيم اضطرابات الحيض كما يأتى

(١) لداعى عدم النظام الصحى — فقال ان أغلب هذا النوع لايعشن فى وسط صحى — كالممرضات والمشتغلات على الآلة الكاتبة والكتبة والمشتغلات فى الجلود وفي أغلب هذه الحالات كانت الاعراض العامة امساك

(٢) الانواع الأكلينيكية — فيما مضى لم تقسم الحالات حسب مايشاهد اكلينيكيا من تشابه أعراض آلام الحيض — على أن التغير من حيث الجهة والوقت ومدة ونوع الألم من الأهمية بمكان عظيم

(٣) اضطراب الحيض الفسيولوجى — قيل إن ألم الحيض يبتدىء وقت البلوغ ثم يأتى بعد ذلك فى كل حيض — على أن بعض الحالات كذلك إلا أن الكثيرات لايأتى اليهن ألم الحيض أولا بل قد يأتى بعد عدة سنين وأيضا هناك بعض النساء تحيض مرة بألم وفى غيرها لاتشعر بألم

(٤) اضطراب الحيض العرضى (Functional) في مثل هذه الحالات قد يوجد سبب طبيعى ولكن أقول أننى شاهدت حالة حيض مؤلم فنصحتها بعمل عملية وبعد التخدير وجدت أنه من المتعذر ادخال مسبار (Sound) في الرحم ولذا لم نعمل أى عملية ولم نخبر المريضة بالمسألة على ان ألم الحيض زال بعدذلك ولم يعاودها ولذا فكثيراً ما يكون لشخصية الطبيب تأثير فى علاج مثل هذه الحالات العرضية

(٥) اضطراب الحيض الانسدادى (Obstructive)

اذكر حالتين كانتا مصابتين بالسيلان الابيض أو رطوبة النساء (Leucorrhœa) المتسبب عن تمزق فى العنق ـ فاجريت لهما عملية قطع العنق وبعدها كانتا تشكوان من الم الحيض ـ وبالبحث وجدت ان العنق ضاق بحيث لا يمكن ادخل مسبر صغير فيه فاجريت لهما عملية استئصال الرحم فشفيتا من الم الحيض

(٦) نسبة السن للشفاء — كلما كانت المريضة صغيرة كانت النتيجة احسن فمن ١٦ الى ٢٠ منه تكون نسبة النجاح عالية أمافوق ٢٥ سنة فمن المتعذر الشفاء فيها

(٧) مسألة عدم نضوج الاعضاء فى حالات الم الحيض واستعمال خلاصة الغدد اللاقنوية :

قال ان فى بعض حالات الم الحيض المصحوبة بالعقم تنفع فيها خلاصة الغدة الدرقية او خلاصة الغدة الدرقية مع خلاصة المبيض والبتيوترين

(٨) العلاج بعمليات ـ ليس دائما شافيا بل يشفى فقط نحو ٢٥ فى المائة و ٥٠ فى المائة لم تشف بل بقيت اردأ من الأول

والعمليـات هى (١) توسيع (٢) توسيع وترك مرود زجاج لمدد مختلفـة (٣) توسيع وكحت (٤) استئصال امامى للرحم

(٩) العلاج بالادوية حبوب من الجوايا كم Guaicin Resin ١٠ قمحات فى كل حبة ثلاثة مرات فى اليوم لمدة ٧ ايام قبل الحيض حبوب تانات الـكنابين Tannate of Cannabin ٤ قمحات ٣ مرات فى اليوم لمدة ٧ ايام قبل ميعاد الطمث مع فناستـين فوار Effervescing Phenacetin ويكرر مرارا وقت الحيض اذا كان مؤلما

اسبرين ، براميدون، وفنازون، وكافيئن، ٤ قمحات من كل فى مزيج صمغى كل ساعتين ست دفعات

سلفات الاتروبين $\frac{1}{300}$ من القمحـة ٣ مرات فى اليوم مفيد فى حالات المغص المتردد

مزيج بنزيل بنزوات Mist Benzyle Benzoate. (Martindale)

سائل سدانز (بارك دافيز)

صبغة الأبيول Tr. Apiol ٣ الى ٦ نقط في كابسول

برومور البوتاس مع سلسيلات الصودا ١٠ قمحات من كل ٣ مرات فى الليلة قبل الحيض مع Luminal نصف قمحة مدة الحيض

(Tr. pulsatilla) ١٠ نقط

وأحسن النتائج حصلت عليهـا من استعمال مستحضرات قطران الفحم المضاد للتقلصات مع الاتروبين وسائل سيدانز

١٠ العلاج بالراديوم ـــ يوضع فى الرحم من ١٠٠ الي ١٥٠ م ج من الراديوم

لمدة ٢٤ ساعة ومفعول الراديوم هو لاحداث تلييف وضمور غدد باطن الرحم — وهذه الطريقة أحسن من استئصال الرحم لانه لا يحصل سمنه ولا ضعف كما يشاهد بعد مدة الحيض ولا يقل الاحساس الجنسى أو الرغبة

أما استئصال الرحم فعملية شديدة لا تخلو من خطر بينما أنه باستعمال الراديوم لا يحصل موتاً وفى العلاج بالراديوم يجب أن تخبر المريضة بحدوث عقم ولكن يجب أن نعلم أن أغلب حالات ألم الحيض مصاحبة لعقم من نفسها وأغلب مثل هذه الحالات تكون فى سن متأخر لا يخشى منه استعمال الراديوم لمناسبة العقم

وفى النهاية نقول أن اضطراب الحيض ليس له سبب واحد وليس حدله خاص فى اتباع العلاج وكل حالة يجب علاجها كما يقتضيه المرض

ﻫ

سانوكريسين Sanocrysin فى علاج السلّ الرئوى

قرر (بى Bie) انه عالج حالات عديدة للسل الرئوى الحاد المصحوب بحمى بالسانوكريسين . وكان يبتدىء بمقدار ٢٥ر٠ من الجرام ويزيد المقدار تدريجيا حتى يصل الى جرام وكان مجموع مايعطيه ٢٥ر٥ الى ٥٠ر٥ جرام بواسطة الحقن والفترة بين الحقنة الأخرى خمسة أيام على الأقل تم تكرر هذه الكمية من الحقن بعد مضى ثلاثة أو أربعة أسابيع

والحالات التى ظهر فيها التحسن بنجاح هبطت الحرارة للمعتاد فى أول مجموعة من الحقن — إلا أن التحسن من حيث شهوة الطعام والحالة العمومية والاستماع بالمسماع جاء متأخرا .. وقارن Kühnel نتائج العلاج فى ٢٠ حالة (أولا) بعد انتهاء العلاج بشهر (وثانياً) بعد فوات ٢ الى ٧ شهور وكانت النتيجة الأولى

لا بأس بهـا عدا ٣ ماتوا وكانوا فى الدرجـة الثالثة للمرض أما النتيجة الثانية من ٢ إلى ٧ شهور فقد مات اثنان ومن الخمسة عشر الباقين ثلاثة فقط استمروا فى التحسين . لذلك يتشاءم Kühmel من النتيجـة ويخشى ان يكون التحسن مؤقتاً فقط وبعـد ذلك يقف G. E. Permin يوصى بأن يكون أول مقدار للبالغ من ٠٥ر الى ١٠ر٠ وكل رابع يوم حينما تكون الحرارة قدهبطت يزاد المقدار بـ٠٥ر الى ١٠ر٠ من الجرام على شريطة أن لا يظهر زلال ولا طفح . . . وحينما يبلغ المقدار الى ٢٥ر٠ أو ٣٠ر٠ تزاد المدة مابين الحقنة والأخرى الى أسبوع وكل مقدار يزاد بـ٠٥ر٠، ١٠ر٠، ١٥ر٠، ٢٠ر٠ وهذه الزيادة تكون بنسبة ماتتطلبه الحالة الاكلينيكية . وحينما يبلغ المقدار إلى جرام واحد فى كل مرة يجب الاستمرار بهذا المقدار حتى تبطل أعراض رد فعل الحقنة Reaction ويوصى أيضاً Permin باعطاء مجموع الحقن ثانى دفعة وفى هذه الاثناء يزاد المقدار بسرعة وبهذه الطريقة يقول انه تغلب على تعب واخطار العلاج المبكر بالسانوكريسين . ه

* * *

بعد ان ذاكر C·Benedeti بكل اعتناء نتائج العلاج للسل الرئوى ب Sanocrysin يقول انه علاج ناجح وهو متفق مع القائلين بقوة قتله الباسيـل Bactericidal action ويقول ان العلاج لايخلو من خطر أوله ظهور الزلال البولى والصدمة — Shock والاعراض الصغيرة الناتجة عن حقن المصل . . ويرى ان الحالات التى تلائم العلاج هى حديثة الارتشاح Exudative type حينما يكون المرض ليس شديدا جدا ولا حادا . . اما فى الانواع المتليفة Fibrous والسـل الجراحى فلم يكن فيها التحسين عظيما . . .

وعلامات التحسين تعرف بقلة السعال وزيادة الوزن وعدم ظهور عرق الليل

وظهور التحسين في لوحة الاشعة . ويوافق Benedetti ايضا على عدم اعطاء Sanocrysin عندما تكون الحمى مرتفعة وفى ضعف القلب والاسهال والعرق الغزير ويجب اتباع العلاج فى مصحات السل . ه

علاج التيفود بالمصل

(نقلا عن Journ. de méd. de Lyon) عدد ٥ نوفمبر سنة ١٩٢٥

جمع A. Rodet معلومات عن نحو ١٥٠٠ حالة حمى تيفودية عولجت بالمصل فى فرانسا وممالك اخرى ولذا فهو يعطى تقريرا احصائيا عن ٦٧٩ حالة . من هذا العدد مات ٦٦ ـ بنسبة ٩٫٧ ٪ واحسن نتيجة تحصل عليها كانت باعطاء المصل حيث بلغت الوفيات فقط ٢٫٣ ٪ بين ٨٦ حالة اعطى لها المصل فى الخمسة الأيام الأولى . . . ومثل نسبة الوفيات فان نسبة مكوث المرضي وعدد المضاعفات والنكسات كانت تقل باعطاء المصل مبكرا . . . لذا يقول Rodet ان العلاج بالمصل يفوق العلاجات الأخرى من حيث السهولة وفى تقليل مدة المرض وامكان ابتسار الحمى اذا كان اعطاء المصل مبكرا جدا . . . ويمكن اعطاء المصل فى اى درجة من المرض الا ان احسن نتيجة باعطائه مبكرا بقدر الامكان ويجب اعطاؤه بمقادير عظيمة والاقتصار على هذا العلاج وحده فلا يجب خلطه مع مهبطات للحرارة او حمامات او باى طرق لتخفيض الحرارة

ضغط الدم فى حالات الدرن

(نقلا عن Therapeutic Gazette, 15 Nov. 1925.)

ذاكر W. B. Jameson ضغط الدم فى ١٢٠٠ حالة درن سل الرئة ووجد ان متوسطه فى الرجال ـ الانقباضى ١١٣ م.م والانبساطى ٦٣ م.م ووجد ايضا انه ليس للسن تأثير عظيم فى ضغط الدم عند المصابين بالسل ووجد ان السرعة فى

انخفاض الدم متناسبة مع اصابة الرئة و يقول انه كلما كان ضغط الدم منخفضا كلما كان الانذار سيئاً

ويقول Wilkes ان قلة ضغط الدم الانقباضى اذا لم تكن لداعى اى مرض آخر فتدل على وجود سل رئوى . الا ان Jameson يعد انخفاض الضغط فقط يوجه النظر للمرضى ويقول ان الناس الذين عندهم ضغط دم انقباضى منخفض يجب ملاحظتهم بدقة . .

محضر الجلسة العمومية الاعتيادية السابعة

للجمعية الطبية المصرية ٢٩ يناير سنة ١٩٢٦

اجتمعت الجمعية العمومية للجمعية من الساعة العاشرة من صباح يوم الجمعة ٢٩ يناير سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى وافتتح الجلسة الدكتور محمد خليل مقترحاً البدء بعمل الانتخاب والموافقة على نشر تقارير المجلس والمجلة بالعدد القادم منها فوافق الحاضرون على ذلك وعلى احالة الاقتراحات التى كانت ببرنامج الجلسة على المجلس الجديد لدرسها وقد فتحت الظروف وأحصيت الاستمارات فكانت ١١٤ وبعد اجراء عملية التوزيع أعلنت النتيجة كالآتى :—

(١) مجلس الادارة :— الرئيس الدكتور على بك ابراهيم ١٠٧ صوتاً

الاعضاء :—	« ابراهيم المنياوى بك	٤٩	«
	« نجيب محفوظ بك	٤٨	«
	« عبد الحليم محفوظ بك	٤٧	«
	« سالم هنداوى بك	٣٢	«
	« محمد صبحى بك	٣١	«
وللاحتياطى	« حسن شاهين بك	٢٥	«
	« محمود عبد الوهاب بك	٢٣	«

وقد نال الدكتور حافظ عفيفي بك ٥٠٠ صوت الا أنه اعتبر مستقيلا بناء على طلبه وموافقة الحاضرين على ذلك .

ب وأعلنت نتيجة انتخاب أعضاء لجنة تحرير المجلة فكانت كالآتي

الرئيس —	الدكتور محمد عبد الحميد بك	١٠٩	صوتا
الاعضاء	« مصطفى سرور	١٠١	«
	« محمد حمدى	٩٨	«
	« ابراهيم شوقى	٩٢	«
	« حسن كامل بشبرا	٨٩	«
	« محمد شرف	٨٥	«
	« اسماعيل رشدى بك	١١	«

وبعد إعلان النتيجة رفعت الجلسة حيث كانت الساعة الحادية عشرة ونصفا

السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

محضر الجلسة العلمية السادسة والخمسين

للجمعية الطبية المصرية

وزعت سكرتارية الجمعية الدعوة للذهاب الى حلوان لزيارة الحمامات وتناول الشاى فى فندق حلوان بناء على دعوة شركة الفنادق وما وافت الساعة الثالثة حتى ازدحم القطار بنحو ثمانين عضوا وطبيبا وفى مقدمتهم هيئة مجلس الادارة ولجنة التحرير وكثيرون من رؤساء الاقسام بمصلحة الصحة ومفتشيها فاستقبلهم على المحطة (حلوان) جناب الدكتور مورو مندوب الداعى فاقلت الجميع مركبات أعدت خصيصا لذلك الي الحمامات وهناك وجه الدكتور مورو اليهم كلمة بالنيابة

عن الداعى قال أنه موفد من قبل الداعى لكي يشرح لحضراتهم جميع انواع الحمامات وفوائدها وان الادارة تسهيلا للأطباء قد أعدت غرفة خاصة للفحص والاستشارة وانه مستعد للاجابة على كل سؤال يلقى عليه من حيث وظيفة الحمامات ثم ابتدأ الطواف فبدأ بالبسيط في الحوض الواحد ثم الحوض زى الميـاه الجارية واوضح مزيتة على حمامات فيشى من حيث العلاج والتكبيس والتدليك والمريض فى الماء المجدد وكيف ان أغلب مستشفيات أوروبا قد أستعملت نماذج منه بعد ان اتضح لها فائدته ثم عرج بالجميع على حمامات فيش ثم الحمامات البخارية والحرارية ذات الضوء وعديمته ثم الـكهربائيـة ثم انتقل الجميع الى بركة الحمـامات فاعجبوا طويلا بنظافتها وصفاء مائهـا وحسن موقعها ثم أقلتهم المركبات الى اللوكاندة لتناول الشاى وبعد ان استقر بهم المقام بدأ تعاطى الشاى والحلوى وبعد الفراغ منه وقف حضرة صاحب العزة الدكتور حسن بك كامل رئيس الجمعية بالنيابة وقدم للحضور الدكتور مورو فالقى بالنيابة عن جناب مدير الفنادق كلمة لفت فيها انظارهم الى وجوب الوقوف على جو مصح حلوان وهوائه من كتب كان قد وزعهـا عليهم والاحاطة بفوائد حماماتها ومياهها وأشار إلى استعداده لتلبيـة أى طبيب لرؤية الحمامات فى الساعة الحادية عشرة من صباح كل يوم ثم شرح لهم ضواحيها ونفعها العظيم للمرضى بالامراض الجلدية والمفاصل وترك الكلام عن الاستشفاء المعـدنية لحضرة صاحب العزة الدكتور سليمان عزمى بك وستنشر فى عدد مارس سنة ٩٢٦

فقام حضرته والقى محاضرته هذه بالانجليزية فقوبلت بالتصفيق والاستحسان ووقف حضرة الرئيس فشكر بالعربية لحضرة المحاضر أجادته وعنايته مثنيا على مدير شركة الفنادق لأنه هيأ هذه الفرصة الثمينة وعلى ماقدمه من الحفاوة بالاطباء ثم وجه الكلام للسامعين طالبا تشجيع الحمامات كى تتقدم التقـدم الذى يصح ان يوصلها الي مثيلاتها بأوروبا لما فى ذلك من الفوائد الاقتصادية الجليلة التى تعود على

الجميع بالخير وبعد ان ترجم الدكتور خليل السكرتير هذه الكلمة الى الانكليزية اقترح حضرة الدكتور الحاج عبد العزيز حلمى ان تقرر الجمعية فى جلستها هذه مطالبة الحكومة بالعناية بحلوان حتى يشعر زائروها بمزاياها الجمة

وهنا وقف حضره الدكتور سليمان بك وطالب الحضور بالبدء بالطريقة العملية لتحقيق هذا الاقتراح قائلا ان الاطباء المصريين يسافرون للخارج ليطبقوا مادرسوه على ما شاهدوه من جديد هناك وان اولى ما يعملونه أن يعنوا بماء حلوان فى علاج مرضاهم ويقصروا مجهودهم على لفت النظر اليه وقل إنه حاول كثيرا وطويلا أن تحظى حلوان بعناية أولى الشأن فلما لم يجده ذلك نفعا عمد الى الاتفاق مع مدير الحمامات على دعوة الاطباء كى يقوموا بالواجب عليهم ويكونوا بذلك نواة صالحة تدفع الجميع الى الاهتمام والى تحقيق الغرض العام فقوبل قوله بالاستحسان وانفرط عقد الاجتماع فى الساعة السادسة فعاد بعض الاطباء الى القاهرة وقصد بعضهم الى حوض حلوان لزيارته ؟

السكرتير

تحريرا فى ٢٧ نوفمبر سنة ٩٢٥ — الدكتور محمد خليل عبد الخالق

محضر الجلسة العلمية السابعة والخمسين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة من مساء الاثنين ٣٠ نوفمبر سنة ١٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور نخبة كبيرة من حضرات أطباء القاهرة والأقاليم وبعد تناول الشاى والحلوى افتتح الدكتور شاكر بك الجلسة مرحباً بجناب البروفيسير روك ومقدما اياه لالقاء محاضرته عن (الزلال فى البول)

فألقاها جنابه بالافرنسية وبعد الانتهاء منها تقدم الدكتور شاكر بك مهنئاً المحاضر على حسن محاضرته ومقدماً شكر الجميع

و بعد ذلك وقف الدكتور اندراوس عريان لالقاء المحاضرة بالعربية و بعد الانتهاء منها قفلت الجلسة بعد مناقشة قصيرة بين حضرة المحاضر والدكتور كامل ابراهيم وحناحنا وألقى الدكتور نصر بك فريد كلمة ترحيب بالمحاضر

السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

محضر الجلسة العلمية الثامنة والخمسين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية في الساعة السابعة من مساء الأربعاء ١٦ ديسمبر بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى و بعد تناول الشاى افتتح صاحب العزة الدكتور حسن كامل بك رئيس الجمعية بالنيابة الجلسة ثم دعا الدكتور يوسف براده لعرض الحالتين الاكلينكيتين فى الأمراض العصبية وأعلن المحاضرة للدكتور محمود فريد (عن العلاج الضوئى) القسم الثانى منها

فأخـذ الدكتور يوسف برادة يشرح ويجرى الفحص الاكلينكى على كل حالة و بعـد الانتهاء قام الدكتور حامد عليش وقال بأنه لاحظ على المريض الثانى احمد يوسف وجود صلع محصور بالجهة اليمنى من مقدمة فروة الرأس وهذا يتعلق بافرازات الغدد التى لا قناة لها و بما أن ضمور العضلات ربما كان سببا من اختلال فى هذه الغدد أيضاً فحضرته يرى صعوبة استعمال الأدوية المستخرجة من هـذه الغدد فى علاج هذا المريض لملاحظة تأثيرها فى الصلع والضعف العضلى في آن واحد

ثم قام الدكتور نصر فريد بك وسأل الدكتور براده عما إذا كان فحص عين المريض الأول وباطنها وهل عرضه على قسم الرمد لمعرفة ان كان النظر مزدوج أم لا وهل لاحظ أورام روبرتس أم لا اذ أن حضرته لاحظ وجودها فى هذا المريض

وبعد ذلك القى الدكتور محمود فريد محاضرته عن العلاج الضوئى وبعد الانتهاء عرض صورا الحالات شفيت بعد العلاج الضوئى بالفانوس السحرى فقوبلت المحاضرة بالتصفيق ثم قام الرئيس وأعلن شكره لحضرتى الدكتور براده والدكتور فريد وتكلم عن استخدام الألوان في الأمراض المختلفة على ذكر ماجاء فى المحاضرة من خواصها ومنها استخدام الأقمشة والخيم المبطنة بالأحمر فى اصابات الجدرى وتأثير ذلك فى سرعة الشفاء بدون ترك آثار تشويه أو مضاعفات .

ومنها استخدام اللون الأزرق لاسعاف المصابين بالتهيج من جراء تعاطى الحشيش ونتيجة ذلك التى تظهر فيها لايزيد عن عشر دقائق

ومنها استعمال خرزة العينين أوقطع اللحم فى أحوال تهيج العين وازدياد حساسيتها.

ومنها استعمال اللون الاحمر فى الأعراس والأثاث وتأثير ذلك فى تنبيه الأعصاب وكان كلامه يقطع بالتصفيق ورفعت الجلسة فى الساعة التاسعة مساء

السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

محضر الجلسة التاسعة والخمسين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة من مساء الأربعاء ٣٠ ديسمبر سنة ١٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور نخبة كبيرة جداً من حضرات الاعضاء وافتتحت الجلسة برئاسة الدكتور محمد عبد الخالق بك خليل فى الساعة السابعة والنصف فقام حضرته مرحباً بالاستاذ كوامورا الاستاذ باحدى جامعات اليابان والذى شرف الاجتماع وبعد ذلك أعلن أن الكلام للدكتور حسين صبحى

نيابة عن الدكتور عزمى بك لعرض حالة التهاب الأورطى الثانوى لمرض الزهرى وبعد الانتهاء منها سأله الدكتور ابراهيم مجدى عن العلاج الذى اتبع مع حقن البزموت فقال بأنه لم يستعمل سوى يودور البوتسيوم

ثم قام الدكتور شورنف وتكلم عن هذه الحالات بأوربا بأن احصاءاته شخصياً وغيره من المؤلفين دلت على أن نسبة هذه الحالات هى ٢٨٪ من جميع حالات مرض القلب العضوى وحضرته يقول أن التهاب الاورطى ولا سيما انيورزما الأورطى نادرة جداً فى مصر وكذلك الحال فى جميع الاحصائيات الخاصة (مضاعفات الزهرى العصبية Parasyphilitic Manifestation) للجهاز العصبى الرئيسى مثل (هزال النخاع الشوكى Tabes والشلل المتقدم) فانها تعد نادرة جداً فى مصر اذا قورنت بأوربا

وقد دونت هذه الملاحظات كذلك بواسطة المؤلفين الفرنسيين فى Marocco, Algerie andTunis فعلى ذلك يظهر أن فى البلاد مثل أوروبا التى يعالج فيها علاجاً مبكراً وصحيحاً تكون حالاته الذاتية والثانوية اقل شدة منها بشمال افريقيا غير أن الاحصائيات الأخيرة عن الزهرى فى حالات الاورطى والجهاز العصبى الرئيسى أكثر منها بكثير فى شمال افريقيا حيث الامر على العكس

ففى البلاد التى لا يعالج فيها الزهرى بالمرة أو تعالج بشكل غير تام فان المرض يظهر أنه يضمحل فى درجاته الأولى

ثم قام الدكتور خليل وشكر حضرة سليمان عزمى بك والدكتور صبحى على عنايتهما وتمنى لو أن حضرات الزملاء اتبعوا طريقة عرض الحالات وشرح ملاحظاتهم عنها فى الجلسات العلمية ثم دعا الدكتور فريد لالقاء القسم الثالث من محاضرته عن العلاج الضوئى فأخذ حضرته فى القائها وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على اهتمامه

ثم قام الدكتور زكي يونان وسأل المحاضر بأنه اذا أخذت حالتان متشابهتان من السل من الدرجة الاولى أى التى ينفع فيها العلاج نظراً لعدم وجود الحرارة وكون حالة المريض حسنة والمرض يسير فيها سيراً حثيثا فهل يمكن الحكم بعد مضى السنة التى يقال فيها بظهور تحسن أن هذا التحسن نتيجة استعمال الاضواء الشمسية أو الصناعية وأنه لم يكن نتيجة العيشة الصحية التى كان يعيشها المريض وهل هناك احصاء بذلك

فرد عليه الدكتور فريد بأنه يرجو أن يحيله الى المراجع التى ذكرها فى المحاضرة والمشاهدات والمراجع التى سنذكرها فى ذيلها

ثم قام الدكتور شورنف وقال إنه ولو أن الأشعة البنفسجية هي مثل ضوء الشمس الطبيعى ذات فائدة كبيرة فى علاج سل العظام (درن المفاصل) والعضد (والبريتون) الا أنها ضارة وخطرة فى جميع حالات سل الرئتين الحاد

وكل حالات الرئة التى أعطت نتائج حسنة بالعلاج هـذا هى حالات التهاب الغدد المحيطة بالشعب في الاطفال

ثم قام الدكتور عبد الحليم محفوظ بك وقال إنه كان فى شهر أغسطس الماضى بلوزان بسويسرا وزار جميع مصحات الدكتور روليه ولذا فحضرته يقول بأنه يخالف الدكتور شرنف فيما يقوله وهو أن العلاج بأشعـة الشمس يكون لدرن العظام والعقد فقط لأننا رأينا بمصحات الدكتور روليه

درن العظام

درن المفاصل

درن العقد

درن البريتون

كلها تعالج بأشعة الشمس بنجاح باهر حتي أنه رأى مفاصل تأكلت فيها رؤس

العظام واربطته وبعلاج المريض بأشعة الشمس فقط شفيت المفاصل تماماً وتكونت رؤوس العظام ثانياً وأيضاً الأربطة وصار المفصل بعد تمام الشفاء بحالته الطبيعية وكأنه لم يصب بشيء وكان الدكتور روليه أثناء الزيارة والمرور على المرضى يطلعه على صور مأخوذة بأشعة اكس الموضع المصاب عند دخول المريض المصح وأثناء وجوده تحت العلاج فى أوقات مختلفة وبعد تمام شفائه

وكذا رأى خراجات باردة نتيجة درن وداء (بت) بحجم كبير وكذا عقد العنق بحجم كبير جداً وبعلاجها بأشعة الشمس شفيت أو تحسنت لدرجة كبيرة ولا زال الدكتور روليه يواصل علاجها بالشمس للحصول على شفاء تام . وقد ذكر الدكتور روليه بهذه المناسبة أن فتح المفصل الدرنى أو الخراج يعتبر جريمة وقد سأله هل اذا حصل انكاوز بالمفصل بسبب الدرن تتحسن الحالة بهذا العلاج فقال أن سيدة تسكن بالقرب منه كانت مصابة بانكاوز بمفصل ركبتها وبعلاجها زال الانكاوز وعادت الحركات الطبيعية للمفصل وهى تزوره من وقت لآخر لتشكره على هذه النتيجة ومن المدهش أنه قال ان الانكاوز الذى كان عند هذه السيدة من نوع الانكاوز العظمى وأقل مدة للعلاج بالشمس ربما كانت نحو ١٥ شهراً وبعض الأحوال يمكث زمناً طويلا ربما وصل الى خمس أو ست سنوات

وحضرته يخالف الدكتور فريد افندى فى موضوع علاج درن الرئتين بأشعة الشمس لأنه لم ير هذا النوع من العلاج يستعمل لمرض الدرن الرئوى بمصحات ليزان وانما رآه بمستشفى زيوريخ العمومى وهو من المستشفيات المشهورة فى العالم انهم يعالجون جميع أحوال درن الرئتين بالطرق المذكورة بكتب أمراض باطنة ولا يرسلونها لمصحات ليزان بينما يرسلون جميع أحوال الدرن الاربعة السابق ذكرها أى درن العظام والمفصل والعقد والبريتون ولهم استمارات خاصة يرسلون بها المريض بهذه الامراض للدكتور روليه . وفى معامل كروج Carouge بالقرب من جنيف وجد

اسبهلنجر (Spahlinger) يعالج هذا المرض بمصل يستحضره من الخيل . ومعامل كروج هذه بها خيل وحمير وبقر وقرود . وأخبره اسبهلنجر الكبير وقت زيارته للمعامل أن المصل الذى يستخرج من الحمير أقوى من المصل الذى يستخرج من الخيل كما وانه عالج القردين الموجودين عنده وكانا مصابين بالتهاب رئوى مزدوج بالاوكسيچين فشفيا فى ٤٨ ساعة فقط وزالت عنهما كل الاعراض فرد عليه الدكتور فريد وقال أنه مستعد لاحصاء الزملاء الذين يعالجون بالضوء وكانوا يعالجون من درن الرئتين والصور أخذت بالاشعة قبل وبعد العلاج

فقام الرئيس وقال بأنه يأمل من الدكتور فريد أن يتابع محاضراته نظراً لما يبدو من اهتمام الزملاء بهذا العلاج الجديد

وبعد ذلك دعى الدكتور شورنف لالقاء موضوع الدكتور انيس أنسى بك عن التلقيح بالفم وبعد الانتهاء قام الدكتور اندراوس عريان وتكلم عن التلقيح بالفم مفضلا نتائج التلقيح بالحقن قائلا أنه سيبين ذلك بالتفصيل فى محاضرته عن ملاحظات على علاج الحمى التيفودية

ثم قام الدكتور شورنف ورد عليه بانه تكلم عن تجاربه الشخصية في علاج التلقيح بالفم

ثم أعلن الدكتور خليل إقفال الجلسة الساعة ٩ مساء بعد شكر الزملاء جميعا على عنايتهم واهتمامهم بالبحث السكرتير

اسماء خريجى مدرسة الطب فى امتحان دبلوم الطب فى يناير سنة ٩٢٦

الدكتور عبد المحسن سليمان	الدكتور محمد صادق كامل
الدكتور محمد حسين البطاش	الدكتور ابراهيم عبد السيد

الدكتور عطا الله يوسف فهمى	الدكتور حليم اسكندر
الدكتور اسحق كرلس جيد	الدكتور زكي عبد المسيح
الدكتور محمد عبد العزيز الجمال	الدكتور حسن السيد محمد حمد الله
الدكتور على حسن حسين	الدكتور لبيب اثناسيوس
الدكتور امين عبد المقصود المغربى	الدكتور عزيز نخله منصور
الدكتور عبد القادر طلخان	الدكتور حسين سامى ثابت
الدكتور مراد تادرس كراس	الدكتور احمد فاروق الحنش
الدكتور حسن فهمى خليل	الدكتور فؤاد سيف صالح
الدكتور فوزى اسحق	الدكتور حسن جميل ابو شنب
الدكتور حسن حلمى سالم	الدكتور شفيق عبد الملاك
الدكتور شفيق جبرائيل حنا	قانون قديم
الدكتور نجيب اسعد	الدكتور توفيق يوسف سليمان

فنحن نهنئهم على هذا النجاح ونتمنى لهم مستقبلا زاهرا

مصلحة الصحة العمومية

النشرات الادارية

عين الدكتور محمد افندى احمد ابراهيم بصفة مؤقتة بوظيفة مسجل بمستشفى قصر العينى براتب قدره ٣٦٠ جنيها فى السنة بعقد لمدة سنة اعتباراً من ١٩ ديسمبر سنة ١٩٢٥

وعين الدكتور احمد افندى عبد الجواد موسى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة التي مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيهاً سنويا اعتباراً من ٢١ ديسمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بملحق الانكلستوما بطنطا بوظيفة طبيب أول

بما أن الدكتور كامل افندى شلبى طبيب صحة الزيتون والدكتور محمد أفندى أمين الطبيب بمستشفيات الرمد قدقضيا مدة التجربة على مايرام فقد تقرر تثبيتهما براتبيهما ودرجتيهما الحاليين

عين الدكتور بشرى أفندى يواقيم مجلى تحت الاختبار بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة التى مربوطها من ١٨٠ الى ٤٢٠ جنيها سنويا براتب قدره ١٨٠ جنيهاً فى السنة اعتباراً من ٢٤ ديسمبر سنة ١٩٢٥ وألحق بمستشفى الانكلستوما بقليوب .

والحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٨٩ الصادرة فى ١٥ نوفمبر سنة ١٩٢٥ قد تقرر اعتبار تاريخ تعيين الدكتور على افندى شافعى المتعافي الطبيب تحت الاختبار بمستشفيات الانكلستوما يوم ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥

بما الدكتور أن كامل افندى جرجس طبيب صحة كفر الشيخ قسم ثان قد قضى مدة التجربة على مايرام فقد تقرر تثبيته براتبه ودرجته الحاليين

قد تقرر رفت الدكتور نخر الدين افندى الأحمدى الطبيب بمستشفيات الانكلستوما من خدمة المصلحة اعتبارا من ١٦ ديسمبر سنة ١٩٢٥ نقلا إلى وزارة الأوقاف

سينقل مستشفى الرمد المتنقل التابع لمجلس مديرية أسيوط من أبو تيج إلى البدارى وسيفتح للمعالجة الرمدية بها فى ٧ فبراير سنة ١٩٢٦

عين الدكتور محمد افندى حسين صدقى بصفة مؤقتة بوظيفة طبيب بعقد لمدة ستة شهور براتب قدره ١٨ جنيها فى الشهر اعتبارا من ٤ يناير سنة ١٩٢٦ وألحق بقسم الأوبئة

والحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٧٣ الصادرة فى ٢٢ أكتوبر سنة ١٩٢٥ قد تحدد يوم ٢٢ أكتوبر سنة ١٩٢٥ لنقل الدكتور اسكندر افندى شفيق

الى وظيفته طبيب ثالث مستشفى السويس — ويوم ٢٤ أكتوبر سنة ١٩٢٥ انقل الدكتور أمين افندى غالى الى وظيفة طبيب ثالث مستشفى بور سعيد

قد تقرر ترقية حضرة الدكتور محمد افندى عبد الحكيم الطبيب بمستشفى المجاذيب بالعباسية الى الدرجة الخامسة التى مربوطها من ٣٦٠ — ٦٠٠ جنيهاً اعتبارا من أول يناير سنة ١٩٢٦

بناء على ما قرره القومسيون الطبى العام من عدم لياقة حضرة الدكتور فؤاد افندي يسى عبد الشهيد طبيب أول مستشفى طنطا للخدمة طبياً فى ٤ يناير سنة ١٩٢٦ قد تقرر رفته من خدمة المصلحة اعتبارا من ٥ من الشهر المذكور

عين الدكتور احمد افندى السيد حندوسه بوظيفة طبيب مسجل بعقد لمدة سنة قدره ٣٦٠ جنيهاً سنويا اعتبارا من ١٦ يناير سنة ١٩٢٦ وألحق بمستشفى قصر العيني

وعين الدكتور عثمان افندى شكرى بوظيفة طبيب من الدرجة السادسة الفنية التى مربوطها من ١٨٠ — ٤٢٠ جنيهاً سنويا بصفة دائمة براتب قدره ٢٥٢ جنيهاً فى السنة اعتبارا من ١٣ يناير سنة ١٩٢٦ وألحق بمستشفى اسكندرية

تقرر نقل حضرات الأطباء المذكورين بعد من عموم المصلحة إلى الجهة المبينة أمام أسمائهم اعتبارا من أول مارس سنة ١٩٢٦

الاسم	الجهة المنقول اليها
الدكتور حسن افندى عبد الوهاب البهائى	مركز بني مزار قسم ثان
« محمد افندى توفيق راغب	مركز ببا قسم ثان
« محمود افندى طلعت حمدى	مركز قوص قسم ثان
« محمد افندى الحسيني	مركز أشمون قسم ثان
« محمد افندى سلام الخولى	مركز أبو تيج قسم ثان
« شكرى افندى ساويرس	مركز البلينا قسم ثان
« جورجى افندى شحاته	مركز الدر قسم أول

وتقرر نقل الدكتورين كامل افندى يعقوب طبيب صحة مركز ابنوب وبطرس افندى رزق الله طبيب صحة مركز فوة كل منهما محل الآخر الأول اعتبارا من ١٠ فبراير سنة ١٩٢٦ والثانى من ١٣ فبراير سنة ١٩٢٦

الحاقا بالنشرة الادارية رقم ١٤٥ الصادرة في ١٠ سبتمبر سنة ١٩٢٥ قد تحدد يوم ٢١ يناير سنة ١٩٢٦ لنقل الدكتور رشدى افندى حنا الى وظيفة طبيب صحة رفح

محضر الجلسة الستين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة ونصف من مساء الاثنين ١١ يناير سنة ١٩٢٦ بدارنا مدرسة الطب بقصر العينى وقد افتتح الجلسة الدكتور محمد خليل عبد الخالق بك بعد تناول الشاى والحلوى وأعلن أن الكلام للدكتور محمود فريد عن (العلاج الضوئى) القسم الرابع من المحاضرة

فبدأ حضرته بذكر مضار الضوء من حيث العلاج وختم الكلام بذكر حالات عالجها حضرته بعيادته الخصوصية بالضوء

فقوبلت المحاضرة بالاستحسان والتصفيق وبعد ذلك سأل الدكتور محمد شرف المحاضر عما إذا كان يحدث للمرض من التعرض للضوء أثناء العلاج بالمقادير الكبيرة تأثير كضربة الشمس وكذلك سأل حضرته المحاضر عما إذا كانت عملية انشاء المصحات فى مصر مع قلة الأشعة وكثرة الأتربة تأتى نتائج تستحق هذا المجهود

فأجاب المحاضر بأن الأشعة الصناعية لاتؤثر إلا على الجلد فقط وحضرته يذكر حالة مريض عرض لهذه الأشعة نحو أربع ساعات فأصيب بحروق بالغة

أما موضوع انشاء المصحات فانها تغير فى أحوال السل بالعلاج الشمسى فقط اذا كان قلب المريض قويا والمرض يسير سيراً حثيثا ومن نوع حميد وخال عن الحمى

ويشترط فيها أن يكون فى جهة بعيدة عن الأتربة والأبخرة مثل الصحراء على ان اختيار الموضع يجب أن يوكل الى اخصائيين لا سيما فى الأمور الجوية وأن تبدأ المصحات بمثل بيوت صغيرة مراعاة للاقتصاد .

وبعد ذلك قام الدكتور عبد الحليم محفوظ بك وقال بأن مصلحة الصحة قد اهتمت بهذا النوع الجديد من العلاج وقد بدأت مشروعها بانشاء قسم خاص له فى مستشفى اسكندرية احدى الموانئ حيث اتضح من درس الموضوع أن بعض البلاد ولاسيما الالمانية حصلت على نتائج من المصحات التى على الشواطئ أحسن بكثير من التى على أعالى الجبال وحضرته يعلم أن المصلحة تنوى توسيع نطاق المشروع وقد بدأت فعلا فى أعداد السرارير اللازمة وكذلك ماتستلزمه الحالة من الأرانيك والاستمارات وأن حضرته يذكر أن الدكتور روليه قد أجابه بنا على سؤال عن استعداده لتمرين حضرات الأطباء على طرق العلاج بالضوء وعمل التسهيلات اللازمة وأنه يكفى لذلك نحو ثلاثة أشهر .

كما أن سبهلنجر أبدى استعداده وموافقته على تمرين حضرات الزملاء على العلاج فى السل وحبذا لو اهتم الزملاء بهذين العلاجين فان البلاد في حاجة شديدة لذلك . ثم عرض على الحاضرين كتابين أحدهما لروليه والآخر لجماعة من الأطباء الألمان وفى الأخير ذكر للنتائج التى حصلوا عليها من العلاج على شواطىء البحار والأودية

وقال بأن المصلحة كانت قد رأت الحصول على نسخ من كتاب روليه بالانجليزية غير أن ذلك لم يتيسر لها حيث أن هذه النسخ نفدت، وأن هناك حركة لترجمة محتويات الكتاب لنشرها على المستشفيات عند ذلك قام الدكتور

مرسى الخولي وأبدى استعداده لتقديم نسخته التي يقتنيها من هذا الكتاب

ثم قام الدكتور عريان وأبدى بعض ملحوظات عن علاج الأربع حالات التي ذكرها الدكتور فريد فى نهاية محاضرته بالضوء وهى

حالة الهستريا والبول السكرى والتصلب العام — ومرض القلب بأن النتائج التي نالها المرضى بالعلاج لم يكن للعلاج تأثير جوهري فيها بل أن التحسن الذى شوهد كان ثانويا

وأن حضرته قد شهدت تجاربه العديدة بأن الضوء لايفيد إلا فى الأحوال الآتية وهى .

الكساح والسل الجراحى وأما السل الرئوى فحضرته من رأيه عدم التعرض لعلاجه بالضوء نظراً لما يتطلبه ذلك من الدقة والاحتياط

كما أن تأثير الضوء فى الضغط الدموى ليس أكيداً فقد لاحظ أن الضغط يعود للارتفاع بعد الهبوط

ثم تكلم عن حالة بهاق شفيت من التعرض لهذا الضوء غير أن حالة أخرى لم تتحسن بالمرة وإن كان التحسن ظاهريا بسيطا جداً فهو لايظن للضوء دخلا جوهريا بخلاف تلوين الجلد Pigmentation ثم تكلم الدكتور الخولى وامتدح العلاج بالاشعة البنفسجية غير أنه لم يوافق على استعمالها فى الأمراض الجلدية لما تحدثه من التهيج فيها وأورى عدم فائدة علاج البهاق بهذه الطريقة وهو ينصح بعدم اتباعها

ثم قام الدكتور معاذ وقال بأنه يعتقد أن العلاج بأشعة الشمس له تأثير على البيئة كلها على الجلد والأعضاء الداخلية بالتبعة وهو يعتقد بتأثيرها الخاص على السل غير أنه يرى أنها تضر الذين يتعالجون بها بدون مراعاة شروط العلاج وهو يذكر أنه اطلع على مقال فى هذا الموضوع يشير بأن يعرض المريض للشمس مدة خمس دقائق بقدميه ثم ساقيه وهكذا كل ٥ دقائق تزيد باطراد على طول العلاج

وأن الجزء المصاب يجب أن يكون آخر الاجراء التى تعرض للاشعة

وقد جاء فى المقال السالف الذكر أن صاحبها حصل على نتائج هامة بهذه الطريقة غير أن حضرته يلاحظ أن أحسن النتائج فى علاجه للسل جاءت باستعمال الحقن بأملاح الجير داخل الوريد باستعمال (كالزانا) نظراً لاحتوائه على بعض بيكربونات الصوديوم اذ أن الاملاح فى هذه الحالة تبقى فى الجسم طالما بقيت الحالة القلوية وذكر حالتين عالجهما بهذه الطريقة تحسنتا بشكل مدهش بعد نزيف وأعراض سيئة وحالة مريضة بسل البريتون لاحظت أنها كانت تشعر بالراحة كلما تعرضت للشمس لمدة ساعة أو ساعتين بالنهار غير أنها ظنت أن استمرار تعرضها يغيرها فصارت تنتقل حيثما انتقلت الشمس الى أن ماتت في بحر أسبوع ثم قام الدكتور زكى خالد وأبدى بأن علاج السل بواسطة الشمس هو علاج غير مستحسن اذ أن ذلك يستلزم دراسة حالة كل مريض على حدته وتقدير مايلزم من العلاج له بمعرفة الاخصائيين وهذا غير متيسر ثم قال حضرته بأنه لا يوافق الدكتور فريد علي تعريض هبوط القلب للاشعة على سبيل العلاج

ثم قام الدكتور ابراهيم شوقى وتكلم عن شيوع الكساح فى مصر رغم وفرة الاشعة آملا أن تظهر التجارب التى تعمل بالمصحات بالقسم الجديد عن نتائج يمكن أن تفسر ذلك

وبعد ذلك قام الدكتور فريد قائلا بأننا اذا أردنا أن نتتبع العلاج بالشمس فى السل الرئوى لوجدنا أن أول من أشار به هو ابقراط الذى كان يظن أنه لا يمكن المعالجة الا فوق الجبال حتى جاءت الاستكشافات الحديثة وأبطلت ذلك اذ أنه يلاحظ أن الضغط على المرتفعات ينخفض وبذلك يكون التنفس عميقاً بشكل يعرض المرض للتقدم

أما ملاحظة الدكتور عريان عن علاج حالة السكر بالاشعة فان حضرته

(المحاضر) لم يكن أول من عالج ذلك (فامكسيوم) أمكنه أن يشفى السكر فى حالة لم ينفع فيها الانسولين .

أما حالة التصلب العام فان المريض بعد علاج الاشعة صار فى حالة نشاط وقوة

أما حالة هبوط القلب فان بكروش أجرى بالمصباح القوسى تجربة على الذبحه الصدرية بنجاح

وفى حالة هبوط القلب حيث ينحبس به الدم وبالاوعية الكبيرة تكون الاشعة هى السبيل لتخفيف الضغط بتوزيع الدم

وبعد ذلك قام الرئيس وقال بأن المناقشة كانت على تجارب لا يمكن الاعتماد عليها كحقائق مقررة للعلاج وهو يشكر حضرة المحاضر وجميع الذين اشتركوا فى المناقشة و يلفت نظر المحاضر على أن النتائج التى حصل عليها لا تخرج عن كونها فى دور التجربة ولا يستصوب التسليم بها كحقائق ثابتة

ورفعت الجلسة فى الساعة الثامنة والنصف مساء م؟

تقرير أمين صندوق الجمعية

عن حالة الجمعية المالية فى سنتها السادسة (١٩٢٥)

ومشروع ميزانية سنة ١٩٢٦

حضرات الزملاء

أتشرف بأن أعرض اليوم على حضراتكم تقرير الميزانية الماضية للجمعية والذى ستتبينون منه جليا مقدار جهود المجلس ازاء الغرضين اللذين طالما جاهرنا بهما فى تقاريرنا الماضية وهما تنمية الايراد والاقتصاد فى النفقات مع مراعاة تسيير الأعمال بالدقة و بالمظهر الذى تتطلبه حالة الجمعية الآن

بدأنا عامنا الماضى وفى الصندوق مبلغ ٦٩٢ جنيه و ٥٨٢ مليما هو كما لايخفى نتاج جهود المجالس السابقة ورصيد المجلة القديم . وقد كان يخشى على الايرادات لاسيما مايخص اشتراكات حضرات أعضاء القاهرة أن يصيبها نقص بعد أن قرر المجلس ووافقت الجمعية العمومية الماضية على انقاص قيمة الاشتراكات الى جنيه ونصف وطبعا كان الغرض من ذلك تشجيع الزملاء على الدفع والمبادرة اليه ولكن الذي اتضح فى خلال العام الى قرب انتهائه تقريبا أن النتيجة لم تكن كما كان منتظراً فقد تباطأ التسديد حتى لم ير المجلس مندوحة عن قرار التنازل عن المتأخر لديهم من السنوات السابقة لسنة ١٩٢٥ وحينئذ بدت دلائل انتعاش الحالة بشكل يوجب الرضى انما كل مايجب ملاحظته هو قلة الايراد المسدد من حضرات الأعضاء المقيمين خارج القاهرة رغم الخطابات والاستلفاتات الكثيرة

هذا فيما يخص ايراد الجمعية الخاص أما ايراد المجلة فلم يزد كثيراً لاسيما باب الاعلانات ولعل ذلك راجع الى عدم انتهاء مدد العقود

<u>المصروفات</u> : — قد زادت المصروفات فى خلال السنة الماضية بمقدار يوازى تقريباً زيادة دخل هذه السنة عن سابقتها وتلاحظ هذه الزيادة بصفة خاصة فى المصاريف المطبعية للمجلة وفى مصاريفها الادارية

وقد زادت كذلك مصاريف سلفة الجمعية المستديمة مبلغ ١٦ جنيه نظرا لشراء بعض الأثاث ومصاريف الحفلات ومستلزماتها

وأما عمولة التحصيل فقد وصلت زيادتها لـ ٧١٠ مليم و ٧ جنيه لزيادة المبالغ المحصلة ولرفع العمولة الى ١٠ ٪ بعد ٧٫٥ ٪ حتى يمكن أن يكافأ بها محصل دائم .

وهذا هو البيان اقرأه على مسامعكم

الايراد

ـــ	ـهـ	ـــ	ـهـ	
		٦٠٠	١٠٨	من اشتراكات داخل القاهرة عن سنة ٩٢٥ «٧٤» عضوا
		٥٠٠	٠٥٠	« « « « « « ٩٢٤ «٢٤» «
		—	٠٧٠	« « خارج القاهرة « « ٩٢٥ «٧٠» «
		—	٠١٢	« « « « « « ٩٢٤ «١٠» «
٦٠٠	٢٥٧	٥٠٠	٠١٦	« « جمعية الاسكندرية
٨٦	١٩٤	٨٦	١٩٤	ايراد المجلة (ملحق ا)
٦٨٦	٤٥١			

المنصرف

ـــ	ـهـ	ـــ	ـهـ	
		١٧٠	٠١٥٠	لحساب المطبوعات
		—	٠٠٧٨	مرتبات كاتبى الجمعية والمجلة
		٠١٠	٠٠١٦	عمولة التحصيل
		—	٠٠٢٠	مصحح المجلة
ـــ	ـهـ	ـــ	ـهـ	
		—	٠٠٩	ايجار مكان لكاتب الجمعية
		—	٠٦٠٠	السلفة (ملحق ب)
١٣٠	٣٦٧	٩٥٠	٠٣٣	سلفة المجلة (ملحق جـ)
٥٥٦	٠٨٤			الوفر

الرصيد الموجود بالصندوق

مليم	جنيه	مليم	جنيه	
		٥٨٢	٦٩٢	الرصيد الباقى من السنوات السابعة
		٥٥٦	٠٨٤	وفر السنة الحالية
		١٣٨	٧٧٧	جمـلة

ملحق رقم ا

وهذا بيان ايرادات المجلة

مليم	جنيه	مليم	جنيه	
		٥٠٠	١١٩	من الاعلانات
		٤٥٦	٠٦٩	من الاشتراكات
٨٦	١٩٤	١٨٠	٠٠٥	اعداد مبيعه

ملحق رقم ب

السلفة الخاصة بادارة الجمعية

مليم	جنيه	مليم	جنيه	
		٧٧٠	٠٢٠	بريد
		٥٩٠	٠١٤	مطبوعات وادوات
٠٠	٦٠	٦١٠	٠٢٤	نثريات وحفلات الشاى وطقم للشاى ودولاب واثاثات أخرى

ملحق رقم ج

السلفـة الخاصة بادارة المجلة

مليم	جنيه	مليم	جنيه	
		٤٨٥	٠١١	اشتراكات المجلات الاجنبية الطبية

تابع ــ السلفة الخاصة بادارة المجلة

مليم	جنيه	مليم	جنيه	
		٤٨٥	٠١١	ما قبله
		٩٩٠	٠٠٩	بريد
		٩٦٠	٠٠٧	اكلشيهات
٩٥٠	٣٣	٥١٥	٠٠٤	نثريات

ومن ذلك يلاحظ أن المصاريف قد زادت كثيراً عن السنة الماضيـة حيث كانت ١٠٥ مليم و٣١٩ جنيه

وينتظر ألا تزيد المصروفات فى العام المقبل كثيراً الا ما يخص بعض الاثاث وما تستلزمه الحفلات وستبتاع الجمعية ماكينة للطبع وسيدفع الثمن على قسطين ويمكن للجمعية بها فضـلا عن الفائدة التى تنجم من استعمالها من حيث تسهيل العمـل الكتابى أن توفر مبلغ ١٢ جنيها سنويا أو اكثر فى السنوات القادمة كما هو المنتظر.

أما الايرادات فالهمة مبذولة لمطالبة الاعضاء بالتسديد ؟

امين الصندوق

الدكتور محمود ماهر

تقرير سكرتير الجمعية

عن سنتها السادسة

الذي قدم للجمعية العمومية السابعة

سادتى الزملاء

فقدت الجمعية الطبية فى خلال العام الماضى رئيسها الدكتور ظيفل حسن باشا ونائب الرئيس الدكتور سعد بك الخادم فاقترح ايقاف الجلسة خمسة دقائق اظهاراً لشعورنا نحوهما وتقديراً لخدماتهما الجليلة للجمعية

لقد دخلت جمعيتنا اليوم فى عامها الثامن ويحق لنا أن نهنأ بنجاحها و بتقدمها عاماً بعد عام

قد قام مجلس ادارة الجمعية خلال العام الماضى بعقد احدى عشرة جلسة للنظر فى شئون الجمعية وكان متوسط الحضور فى هذه الجلسة أربعة أعضاء .

وقد كان أهم قرارات مجلس الادارة ما يأتى : —

(١) أن تعقد الجلسات العلمية فى المساء بدلا من صباح الجمعة لملائمة ذلك الميعاد لغالبية الاعضاء حتى يمكن معالجة الاعراض التى لا قتها الجلسات فى العام الذى قبله حتى دعت الحال الى تأجيل بعض الجلسات العلمية لقلة الحضور وقد نال هذا النجاح المطلوب

(٢) دعوة طلبة السنين النهائية فى مدرسة الطب لحضور الجلسات العلمية كزائرين وقد لبى كثير منهم دعوات المجلس وكان حضورهم على الدوام مشجعاً للمحاضرين ومنشطاً لسائر الزملاء وأرجو أن يستمر المجلس فى المستقبل على دعوة الطلبة الى الجلسات العلمية

(٣) قرر مجلس الادارة اعداد الشاى للاعضاء والزائرين قبل كل محاضرة ويلوح للكثيرين من الزملاء أن هـذه الطريقة قد نجحت فى زيادة الاقبال على حضور الجلسات لما يتيسر اذ ذاك من مقابلة الاعضاء بعضهم لبعض وتسامرهم الى أن يحين موعد المحاضرة ولتسهيل مدة الانتظار الى أن يتكاثر عدد الحاضرين قبل افتتاح الجلسة

ومعدات الشاى لا تكلف الجمعية مالا كثيراً اذ راعينا الاقتصاد الناشىء من استبدال مكان المجمع العلمى بنادى مدرسة الطب حيث يتوفر حوالى ١٠ جنيه فى السنه

(٤) وقد طلب مجلس ادارة الجمعية من الحكومة المصرية الاهتمام بعقد مؤتمر طبى بمناسبة مرور مائة عام على انشاء مدرسة الطب المصرية فى سنة ١٨٢٧ وقد لاقى هذا الاقتراح تأييداً من وزارة المعارف ومصلحة الصحة ولكن ربما تأجل حتى يتم بناء المدرسة والمستشفى فى العباسية

(٥) وقد احتج المجلس لدى أولى الشأن في الحكومة المصرية على تعيين أجانب لنظارة مدرسة الطب وادارة معامل مصلحة الصحة ورئيس البكتريولوجين بهـا ومدير الكورنتينات وعلى تعيين غير طبيب لادارة البلديات وللاسف لم تقم الحكومة وزنا لهذا الاحتجاج فى اى من هذه الوظائف

(٦) قرر مجلس الادارة نشر خلاصة بلغه اجنبية للمواضيع ذات الاهمية التى تنشر في المجلة حتى يتسني للاجانب الاطلاع على ما يكتب فيهـا وبحثه وانتقاده وبذلك لاتكون بمعزل عن الامم الاخرى ولـكن لم يتيسر للجنة التحرير تنفيذ ذلك للآن

(٧) ونظرا لتراكم اشتراكات عدة سنوات ماضيـة على بعض الزملاء رأى المجلس التنازل عما فات بشرط ان يؤدوا اشتراكاتهم فى المواعيد المقررة ابتداء من السنة الحالية

(٨) قد قدم صاحب العزة الدكتور على بك ابراهيم بالنيابة عن الجمعية الى وزارة المعارف سندين من سندات البنك العقارى التى تبرعت بها حرم صاحب السعادة المرحوم الدكتور عيسى باشا حمدى رئيس الجمعية سابقا لتصرف ريعهما فى اعداد مكافئتين للطالبين المتفوقين فى علمى الامراض الباطنة ووظائف الاعضاء وستكون المكافأة مدالية ذهبية تحمل اسم الدكتور عيسي باشا حمدى وستسلم لاول مرة فى حفلة السنة الحالية . وبهذه المناسبة ارجو من يرغب من حضرات الاعضاء فى حضور حفلة توزيع الجوائز التى ستقام فى ٢١ فبراير ان يخابر السكرتارية لارسال دعوة باسمه

(٩) وقد بلغ عدد الجلسات العلمية فى هذا العام ١٨ جلسة هو نجاح عظيم فى تاريخ الجمعية وبلغ ضعف متوسط عدد الجلسات فى الاعوام السابقة ويدل على نشاط حضرات الاعضاء والمحاضرين وقد كان متوسط حضور هذه الجلسات داعيا للارتياح

وفى الختام اتمنى للجمعية النجاح العظيم فى سنتها الآتية وادعو حضرة الدكتور محمود بك ماهر لتقديم بيانه عن مالية الجمعية

تقرير المجلة الطبية المصرية عن سنة ١٩٢٥

دخلت المجلة فى سنتها الثامنة عام سنة ١٩٢٥ . ولم تشعر بحاجة الى مواد للنشر فى اوائل ذاك العام حتى منتصفه . وكان لجمعية الاسكندرية أثر يذكر فى هذا الشأن . اذ امدت المجلة بعدة محاضرات متنوعة وقد نشرت فى مواعيدها وبذلك سدت فراغا فى مجال التحرير . اما بعد العطلة الصيفية فالنقص بدا ظاهراً ولم تكن المواد التى حصلت عليها المجله بكافية لظهورها فى الحجم الذى اعتادت ان تظهر به . وقد بذلت لجنة التحرير مجهوداً عظيما لتلافى هذا النقص وبلغ اكبر حجم صدرت به احدى عشرة ملزمة وبلغ اصغره ثمان ملازم . وظلت تصدر

اول كل شهر ماعدا الشهرين الأخيرين من ذاك العام فقد تأخر صـدورها عن الميعاد بسبب المطبعة وقد وفقنا اخيراً الى الاتفاق مع مطبعة بنك مصر اذ تعهدت ان تقوم بطبع المجله بنفس السعر الذى كانت تتقاضاه المطبعة السابقة . وكانت المجلة توزع شهريا بالمقادير الآتية :ـــ

عدد	
٣٥٠	لاعضاء الجمعية
٧٢	لاطباء مشتركين
١٩	للطلبة
٢٢	لمصلحة الصحة العمومية (مقابل دفع الاشتراك)
٨	لمشتركين من الاهالى (غير الاطباء)
٢٤	وزعت كهدايا لبعض الجمعيات والمعاهد والبعض منهـا مبادلة جرائد ومجلات
٥٢٥	جملة الأعداد التى كانت توزع شهريا

الايرادات

تنحصر ايرادات المجله فى موردين اساسيين ـــ اولهما — المتحصل من اجور نشر الاعلانات — وثانيهما ـــ المتحصل من الأشتراكات وهنـالك مورد آخر للايراد وهو المتحصل من ثمن الاعداد المباعة لبعض المشتركين ـ المتحصل من اجور نشر الاعلانات هـذا العام لايختلف عن مثيله فى العام الماضى ولولا ان شركة النشر لم توافق على اقتراح لجنة التحرير فى سنة ١٩٢٤ الخاص بعدم الترخيص لها بالاستيلاء على ٢٥ ٪ من أجور الاعلانات التى يتعاقد اصحابها مع المجلة مباشرة لـكان المتحصل من هذا الباب يفوق نظيره فى العام الذى قبله اذ الشركة لم تسع

للحصول على اعلانات تقدمها للمجلة بغية منها من التخلص فى العقد السابق ابرامه معها . وقد تم الاتفاق الآن رأساً بين المجلة وبين وكلاء المحلات على تجديد نشر طائفة كبيرة من الاعلانات التى كانت تقدمها الشركة للمجلة فاستفادت المجلة فى هذه الحالة العمولة التى كانت تتقاضاها شركة النشر سابقا والتى كانت بمعدل ٢٥٪ من اجور النشر الاصلية . وهنالك محلات اجنبية أخرى فى الخارج تعاقدت مع المجلة رأساً على نشر اعلانات لها . وبالجملة سيكون مستقبل النشر بالمجلة زاهياً زاهراً فى السنين المقبلة وهذا مما يسر كل محب لترقية المجلة مادياً

المتحصل من الاشتراكات هذا العام زاد زيادة محسوسة عن العام الماضى تدعو الى الارتياح وترتب على ذلك ان زاد العدد المقرر طبعه من المجلة شهريا من ٥٠٠ الى ٦٠٠

اما المتحصل من ثمن الاعداد المباعة لطلابها فقد بلغ هذا العام مبلغا لم يسبق له مثيل فى حياة المجلة ولكن هذا النوع من الايراد غير ثابت بطبيعة الحال

واليك بيان الأيرادات بالارقام مع ما يقابلها فى العام الماضى : —

مفردات الايرادات	سنة ١٩٢٥ مليم	سنة ١٩٢٥ جنيه	مقابل	سنة ١٩٢٤ مليم	سنة ١٩٢٤ جنيه
المتحصل من اجور نشر الاعلانات	٥٠٠	١١٩	«	٢٢٠	١٢١
« « الاشتراكات	٤٠٦	٦٩	«	٨٣٠	٦٠
« « ثمن اعداد مباعة	١٨٠	٥	«	٨٤٠	
	٠٨٦	١٩٤	«	٨٩٠	١٨٢

فتكون زيادة ايرادات هذا العام عن العام الذى قبله هى مبلغ ١٧ مليم ١١ جنيه هذا بخلاف مبلغ ٢٥٠ مليم ٣٣ جنيه لم تحصل بعد من شركة النشر وجارى الآن تحصيلها وبذا تكون مجموع الزيادة ٢٦٧ مليم ٤٤ جنيه

اما المصروفات فقد ورد بيانها فى تقرير الجمعية فلا حاجة الى اعادته هنا
وبالجملة فللجنة توجه خالص شكرها الى حضرات الزملا الذين آزروها فى هذه
السنة سواء بمقالاتهم أو بمحاضراتهم وتأمل منهم ان يظل هذا المجهود متزايدا دون
ان يعتريه أى ملال أو كلل سدد الله خطانا واحكم عرى تعاضدنا والسلام

اينسولين ' تابلويد '

هيبودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقى طاهر)

TRADE MARK 'TABLOID' BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الاينسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالاينسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحصول بتحليله في الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات في انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا في ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

اينسولين ' ولكم '

TRADE MARK 'WELLCOME' BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره في البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار في ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات اكلينيكية طبية وملاحظات فنية وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركائهم

في لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

كتاب
تشخيص الامراض العصبية

ظهر الجزء الاول من هذا الكتاب تأليف السير جمس برفس ستوارت وتعريب الدكتور مصطفى ضيا وهو محلي بالصور الملونة وبكثير من الاشكال والصور الفوتوغرافية مطبوع ومغلف بلوندره وثمن النسخة ٦٠ قرش صاغ ويطلب من سائر المكاتب الشهيرة

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار في جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بمثابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

العدد الثالث مارس ١٩٢٦ MARCH 1926 السنة التاسعة

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة

« الاشتراك »
٦٠ قرشا داخل القطر
٨٠ قرشا خارج القطر
للطلبة نصف القيمة

« الاعلانات »
يتفق مع ادارة المجلة بخصوص نشرها

﴿ المراسلات ﴾

المقالات والرسائل وجميع ما يتعلق بالمجلة الطبية المصرية
يرسل باسم الدكتور محمد حمدي بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بالقاهرة

الفهرس

م . مصر ٧٦٤ ـ ٢٦ ـ ١٥٠٠

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثالث | مارس سنة ١٩٢٦ | السنة التاسعة

المياه المعدنية

محاضرة القاها بالانجليزية

حضرة الأستاذ الدكتور سليمان بك عزمى

بمناسبة زيارة حضرات اعضاء الجمعية الطبية المصرية لحمامات حلوان

أجمع العلماء على أن أصل المياه المعدنية ماء جوى تطرق الى طبقات الأرض العميقة من خلال شقوق . و بعد امتزاجه بمعادن مختلفة ينبع ثانياً من شقوق أخرى .

أما المياه المرتشحة (Infiltration Waters) فأصلها من ماء التَّحتُرْبة الذى يجرى فى طبقات الأَرض الظاهرة ويحفر عليه فتسمح به قريباً غير بعيد . وأغلب الينابيع الصناعية الدافئة تأخذ من هذا الماء الذى يصلون اليه بانزال آبار ارتوازية غير أنه فى بعض المناطق البركانية يمكن الحصول على مياه معدنية من طبقات الأرض الباطنة

أصل المياه المعدنية

تنقسم المياه المعدنية الى نوعين

(١) ماء الارتشاح Infiltration water

(٢) ماء أصلى Primitive water

ماء الارتشاح مصدره الجو أو السماء والبحار. فمياه المطر والأنهار والبحار تتطرق من الشقوق السطحية فى الارض ثم تنبع ثانياً . ويختلف منسوب هـذه الينابيع ومحصولها باختلاف الظروف ومن عام لآخر بحسب الظواهر السماوية فيزداد فى موسم ذوبان الجليد . وقلما تعلو حرارتها فوق ٢٥° بالميزان المئوى .

وتحتوى على مقادير قليلة ذائبة من مواد فلزية ولا فلزية كالفوسفور والزرنيخ والصودا وسلفات النحاس وكربونات الصودا والأوكسيجين .

وأما الماء الاصلى فيأتى من أصل غائر فى طبقات الارض المعدنية ويشاهد فى الجهات الصخرية والبركانية ولذلك تكون حرارته مرتفعة قد تبلغ أحياناً ٨٠° بالميزان المئوى وليس لفصول السنة ولا للجليد أو الامطار ولا للظواهر السماوية أى تأثير على محصول ينابيعه فهو مستقل عن هذه الظروف لا يتأثر بها وتركيبه وحرارته ثابتان تقريباً لا يتغيران . وتحتوى هذه المياه على الزرنيخ والفوسفور والنحاس والحديد والكبريت والهليوم والارجون والنيون ومواد مُشِعة فعولة كيائياً rodio-active emanations . على أن بعض المياه المعدنية تمر خلال الصخور والرواسب الموجودة فى طبقات الارض الظاهرة فتكتسب منها أيضاً أجزاء أخرى تجعلها خليطاً من النوعين mixed waters فيها أوصاف الماء المرتشح والماء الاصلى .

ومياه حلوان المعدنية هى على الراجح نوع من هذه المياه المختلطة وأعتقد أنها تخرج من شقوق فى الطبقات الارضية العميقة ثم ترتشح من الطبقات الظاهرة التى هى غالباً رملية .

حرارة المياه المعدنية

تعتبر المياه المعدنية (١) باردة إذا لم تكن حرارتها فوق ١٥° بالميزان المئوى

(٢) فاترة Hypothermal إذا كانت بين ١٥° و ٢٥° مئوية

(٣) معتدلة Mesothermal إذا كانت بين ٢٥° — ٤٠° مئوية

(٤) ساخنة Hyperthermal أو مرتفعة الحرارة اذا زادت عن ٤٠° مئوية

كهربائية المياه المعدنية

لأكثر المياه المعدنية خصائص كهربائية فتكون موجبة الكهرباء إذا احتوت على الكالسيوم (فى شكل كربونات أو سلفات (كبريتات) أو سليكات أو سلفيد (كبريتور) أو بى كربونات)

أو على المغنيسيوم (فى شكل كربونات أو سلفيد أو كلورور)

أو على الصوديوم (في شكل بى كربونات أو سلفيد أو سلفات أو كلورور)

أو على البوتاسيوم (فى شكل كربونات أو سلفات أو كلورور)

أو على الحديد (فى شكل كربونات أو سلفات الخ)

وتكون سالبة الكهرباء اذا احتوت على الكلور أو الكبريت أو السيليكون

غازات المياه المعدنية

توجد الغازات الآتية فى المياه المعدنية (١) الأوكسيجين (٢) الايدروجين (٣) الايدروجين المكبرت (يدم كب) في المياه الكبريتيه (٢٤) والامونيا أو النشادر (زيدم) (٥) ثانى أوكسيد الكربون (ك ا٢) فيوجد عادة بكثرة خصوصا فى المياه القلوية والكبريتية والكالسيوم المكبرت يوجد أيضاً فى مياه حلوان .

وللمياه المحتوية على ثانى أوكسيد الكربون قوة التنبيه ومثلها فى مياه فيشى وشاتلجيون ورويات وسان نكتار

(٦) النتروجين أو الازوت ويوجد فى مياه الصودا المكبرته وفى مياه حلوان ومن خصائصها انها مسكنة

الاشعاع الفعول كيمائيا (Radio activity) والغازات النادرة

الراديوم عنصر معدنى من فصيلة الكالسيوم لايثبت فى الهواء . هو منبع ينبعث منه غاز ذاتى يتشعع اطلقت عليه كلمة (تشعع ـ انبعاث emanation)
وتنبعث هذه التشععات من الراديوم تدريجيا وقد سميت هذه الانبعاثات (A, B, C, D, E, F,) وتفنى قوة الراديوم فى هذه الانبعاثات المتشععة وغيرها مما ينبعث فى صورة حرارة أوضوء او كهرباء أو أشعة تشبه الاشعة المجهولة (X-rays) أو غاز يسمى هاليوم (Halium)

يوجد تشعع راديومى فى جميع المياه المعدنيه تقريباً وكذلك تشعع من الثوريوم (Thorium) والاكتينيوم (Actinium) والتشعع الراديومى يخسر نصف قوته فى أربعة أيام أما تشعع الثوريوم فيخسرها بأجمعها فى ٥٤ ثانية والاكتينيوم فى ثلاث ثوان فقط .

خواص التشعع الراديومي

(١) حَلُّ مركبات البيورين فتقوى قابلية الانحلال فى يورات الصوديوم الأحاديه (Monourate of Sodium) فى اصحاب المزاج البولى الحامض (Uric acid diathesis)

(٢) تنشيط فاعلية الخمائر خصوصا التى تحل البول (Uricolytic)

(٣) تنشيط الكبد ومن أثره تحسين الدفاع ضد تسمم البنية

(٤) تنبيه الغدد الباطنة الصّماء (endocrines) وخصوصا الكظر (supra-renal)
مما يترتب عليه اصلاح كل ضعف فى البنية وتجديد القوة والرجوع الى الصبا ولا شك فى ان التداوى بالتشعع الراديومى أحسن وسيلة وأنجح علاج للنقرس وأمراض المفاصل المزمنة ومن التجارب الشاهدة على صحة ماذكرنا . وضع الدكتور شناير بكاريرفي مياه باد جاستين وأخرى في مياه جاريه فوجد أن الموضوعة فى مياه الينابيع نمت أسرع من الأخرى وزادت حيويتها

المعالجة اليونية (Ionisation)

يزداد انطلاق اليونات (Ionisation) فى المياه المعدنية

الحاله الغروية(Colloidal State)

يوجد فى أغلب المياه المعدنية كثير من المواد الغروية ومن المعلوم لكم ان من صفات الغروية نقصان التسمم وهذا هو السر فى أن الزرنيخ الموجود بهيئة غروية فى مياه لابوردات (La Bourdate) ليس ساما

التقسيم

قسموا المياه المعدنية حسب تركيبها الى الاقسام الآتيه

(١) المحتوية على الكلورور

(٢) المحتوية على السلفيد أو الكبريتور

(٣) المحتوية على السلفات أو الكبريتات

(٤) المحتوية على البى كربونات

على أننا لانعرف ينابيع طبيعية تحتوى على كلورور الصوديوم البحت ولو زادت نسبة هذا الملح فى الماء عن ١٫٥ ٪ فيستعمل للسباحة فقط وقد أطلق الالمان على هذا النوع من المياه كلمة (Salquellen)

أما المياه التى تقل فيها نسبة كلورور الصوديوم عن ١٫٥ ٪ فقد تستعمل للاستحمام او للشرب والينابيع التى تحتوى على اكثر من ١٠ ٪ من كلورور الصوديوم فلا تستعمل للاستحمام اذا كانت بهذا التركيز ومثلها فى مياه Wiesbaden, Kissengen وقد استخدموا هذه الحمامات من قديم الزمن لعلاج الأطفال من الاسقربوط والكساحة والضعف العام وفقر الدم وأشهرها حمامات Baden-Baden, Bourbon, Lexeuil

ثم استخدموها أيضاً فى علاج النقرس وروماتزم المفاصل والعضلات وعرق

النَّسا على أن مفعول هذه المياه يكون أكثر أثراً وأنجح لو احتوت مع كلورور الصوديوم على القلويات الأرضية خصوصاً الكالسيوم . وقد سموا هذا النوع ينابيع الكلورور الأرضى المكبرت Earthy Sulphuretted Chloride Springs

والينابيع الطبيعية التى تحتوى على ثانى أوكسيد الكربون وكلورور الصوديوم كثيرة الفائدة فى علاج امراض القلب والشرايين وأمراض الأعصاب غير أنها تكون أكثر فائدة وأشد نجوعاً لو أحتوت على ثانى أوكسيدالكربون والكلورور والكالسيوم والصوديوم فلا تكون إذاً مفيدة فى علاج أمراض القلب والشرايين فقط بل تنعش الجسم بأجمعه وتنبهه وتقويه .

المياهالتى بها أملاح قليلة تستعمل للشرب ولها فائدة فى الهضم قد تتضاعف إذا احتوت أيضاً على سلفات (كبريتات) وسميت هذه ينابيع الكلورور والسلفات فاذا احتوت على سلفات المانيزيا (ملح إبسون) سميت ينابيع الكلورور والسلفات الأرضية

مياه السلفات (الكبريتات)

وتنقسم الى قسمين :

الاول — سلفات الصوديوم والمانيزيوم وتكون المياه المشتملة عليها باردة ملينة أو مسهلة ومثلها فى مياه Rubina, Hunyadijanos, Sedlitz

(٢) الثانى مياه سلفات الكالسيوم وتدر البول وتحتوى على قليل من الليثيوم والبيكربونات ومثلها فى Contrexeville, Vittel

المياه المكبرتة (Sulphide)

وتحتوى على قدر عظيم نسبياً من الكبريت فى شكل سلفوايدرات (Sulpho-hydrates)

أو تحت سلفيت (hyposulphites) أو إيدروجـين مكبرت (يد٢ كب) وتتغير هذه المياه بتعرضها للهواء ومنها أربعة أنواع

١ ـ ماء الصوديوم المكبرت البسيط (Sodium Sulphuretted Water) ومن خواصه ارتفاع حرارته وقلة مابه من المعادن (٢٥ ـ ٣٥٪ فى اللتر) ووجود سلفيد أو كبريتور وتحت سلفيت وسلفات وكلورور الصوديوم ومقدار يذكر من السليكا مع أثر من البرومور واليودور والفوسفات والزرنيخ والليثيوم

وهو ماء قلوي لوجود سلفات الصوديوم والسليكات وقليل من البيكربونات

٢ ـ ماء كلورور وسلفيد أو كبريتور الصوديوم (Chlorosulphide of Sodium) ويختلف عن النوع السابق بازدياد نسبة ما به من كلورور الصوديوم

٣ ـ الماء المكبرت الآسن . ماء تأكسد قبل نبعه فتحول الكبريتور السلفيد الى تحت سلفيت أو الي سلفات ومثله فى مياه Aix les Bains.

٤ ـ ماء سلفيت (كبرتيت) الكالسيوم . ويكون بارداً عادة وينبع فى الوديان والسهول ويحتوي على مقدار كبير من فوسفات الكالسيوم والايدروجين المكبرت

خواص المياه المكبرتة

الخواص الكيمائية ـ يتأكسد السلفيد (الكبريتور) بتعرضه للهواء فيتحول إلى سلفيد مركب (Polysulphid) وإيدروجين مكبرت وقد يتحول أحياناً الي تحت سلفيت (تحت كبريتيت) أو ينطلق الكبريت حراً . ويوجد فى المياه المكبرتة معادن أخرى أهمها : ـ (١) أملاح قلوية (كربونات وسليكات الصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والمانيزيوم (٢) كلورور الصوديوم (٣) وكذلك أملاح فلزية أخرى بمقادير صغيرة . وتنبعث من أغلب المياه المكبرتة غازات تخر من ينابيعها وتشاهد فقاقيعها على سطح الماء وزعموا سابقاً أنها الايدروجين المكبرت لازوت فقط ولكن تحقق وجود الارجون والهيليوم أيضاً

الخواص الطبيعية . لهذه المياه رائحة كبريتية خاصة تشبه البيض الذى مذر ولها لون اخضر يضرب الى صفرة . أما حرارتها فتختلف من ٣٠° ـ ٤٠° بالميزان المئوى ولها انفعال كهربائى ولأكثرها تشعع ضوئى فعّال

طرق التداوى بالمياه المكبرتة

الشرب وأمره محدود وتؤخذ مقادير قليلة جداً .

الاستحمام بها شائع الاستعمال وتكون حرارة الحمام بين ٣٢° و ٣٦° وبالتنفس والغرغرة

وتستعمل هذه المياه لكثير من الامراض الجلدية الطفيلية الظاهرة المزمنة ولأمراض المفاصل الزّمِنة والكبريت يزيد الخلية نشاطاً وحياة وينشط التغذية . وهى مفيدة أيضاً فى أحوال التسمم المزمن خصوصاً التسمم بالرصاص والسفلس

مفعول المياه

إذا شرب الماء المكبرت تحول فى المعدة إلى كبريتور (سلفيد) قلوى وينحل هذا بفعل حامض الايدروكلوريك وينطلق منه إيدروجين مكبرت وهو الذى يُخْرَج جزء منه بواسطة الامعاء والجزء الآخر ينفذ إلى الدورة الدموية ومن هذا الأخير يخرج جزء بواسطة الرئتين والجلد والغشاء المخاطى للأمعاء ويتحد الجزء الآخر بالحديد الموجود فى كريات الدم الحمراء .

والسلفيت (الكبريتيت) وتحت السلفيت (تحت الكبريتيت) لها ذات الأثر الذى للكبريتور ولكن بدرجة أقل

الكبريت ومشتقاته تقتل الطفيلية الظاهرة

تأثير الماء المكبرت فى البنية

(١) تنشيط دورة الدم فى الرئتين

(٢) زيادة فى رشح الشُعَب المخاطى يعقبها جفاف

(٣) زيادة عدد كريات الدم والاحتراق فى الأنسجة

(٤) تغير فى حالة الأغشية المخاطية فى الأنف والحلق والشعب

الاستعمال

(١) يستعمل الماء المكبرت فى علاج التهابات الغشاء المخاطى التنفسى

(٢) وفى النَّكْهَة أو بخر الأنف (ozena)

(٣) وفى امراض الجلد (٤) والروماتزم (سلفيد الصودا)

(٥) وفى التسمم المزمن بالمعادن كالزئبق (٦) وفى أمراض الرحم

ويفضل العلاج بالمياه المعدنية الخارجة من الينابيع مباشرة عن العلاج بالمياه المحفوظة لأنها بالحفظ تفقد خواص التشعع الراديومى وتفقد مع الزمن المواد المذابة بشكل غروى (Colloidal State) ولأنها تفقد أيضاً حرارتها والغازات الموجودة بها بعد حفظها

أما من خصوص صلاحية هواء حلوان للسل الرئوى فانى مع القائلين بأنها لا تصلح إلا فى بعض شهور من السنة (من اكتوبر لغاية فبراير) أما مارس المشهور برياحه وغباره فانه مهيج للسعال ومسبب للاحتقانات الرئوية التى تتبعها الأنزفة وهذا مشاهد فى المرضى الذين يستشفون فى حلوان فى هذا الوقت وتعلمون ان الحر بشدته يسبب عند هؤلاء المرضى عرقاً غزيراً وضعفاً فى قوتهم ونزفاً رئوياً

الأمراض المتضادة مع استعمال المياه المكبرتة

لا ينبغى للمرضى العصبيين ولا للمصابين بامراض عصبية تشنجية أو بتصلب الشرايين أو بتوتر ضغط الدم أو عاهات فى صمامات القلب ولا للمسلولين التداوى بالمياه المكبرتة

المياه المعدنية الكبريتية

توجد فى بادن من ضواحى فينا (Baden bei Wien) Aix les Bains, وحلوان .

حمامات حلوان

واقعة فى ارتفاع يعلو ٦٠ متراً عن سطح البحر تحيطها تلال المقطم هواؤها جاف وتسطع عليها الشمس طول أيام السنة . فائدتها محققة فى الروماتزم والالتهابات المخاطية والديابيطس (البول السكرى) وأمراض الجلد والـكلى

وقد قام الاستاذ جستنل بك Gastenel Bey بابحاث ذكرها أمام المجمع العلمى المصري فى ٢٧ مايو و١٨ نوفمبر سنة ١٨٨١ (Bulletin de l'Institut Egyptien) بحث فيها مياه حلوان عام ١٨٦٨ ولم يكن موجوداً منها غير عين واحدة لم يعرف عنها كثير ولم يزرها أحد ومن ذلك الوقت فكرت الحكومة فى وجوب استعمال مياه حلوان وأول حمام بنى لهذا الغرض كان عام ١٨٧٣ وكان هذا بدأ إنشاء بلدة حلوان وبالتنقيب عثروا على ثمانية آبار لها أهمية تاريخية إذ وجدوا حولها بعض أحواض للاستحمام على الطريقة العربية ويظهر أنها استعملت فى أيام الخلفاء ويؤيد ذلك العثور على قطع من عملة النقد التى استعملت في تلك الأزمان . كذلك عثروا على أشياء وتحف زعم ماريت باشا انها من بقايا الأدوات التى استعملها قدماء المصريين وهى بقايا من سكاكين ومشارط وغير ذلك

أما معدن الأرض من الوجهة الجيولوجية فهو عبارة عن رمل من المرو (Quartz) أو رمل صلصالى (Argilous) وبقايا جيرية وطفال (Argile) وجبس وملح وصخور جيرية وقطع من الأخشاب المتحجرة

ومن الثمانية ينابيع التى تكلمنا عنها ستة منها متشابهة التركيب مياهها حارة

مكبرتة واثنان مياههما باردة مختلفة التركيب وفيها من الكبريت نسبة أقل من الينابيع الأخرى . على أن هناك ينابيع كبريتية أخرى فى الواحات الموجودة بالصحراء منها

(١) فى واحة الدراو بين بني سويف والبحر الأحمر

(٢) في وادى جندولى بين طره وجبل الاتكه

(٣) فى جبل أبى دراغ قرب السويس

(٤) فى الشاطىء الشرقى المقابل للسويس (حمام فرعون) . ينبوع ساخن الماء كثير الكبريت وجدير بأن توجه اليه العناية للانتفاع به ويقدر الماء الخارج من ينابيع حلوان فى الأربع وعشرين ساعة بأربعمائة متر مكعب وقد قسم جاستنل بك مياه حلوان إلى ثلاثة أنواع : —

(١) الماء المكبرت وقسم هذا ثانيا الى صنفين

(٢) المياه الحديدية

(٣) مياه الكلورور والكبريت المكربنة

المياه المكبرتة تخرج من أربع عيون منها اثنتان تدخلان في ملك هذه الحمامات وواحدة تبعد ٢٤٠ متر من جهة الشمال الغربى تعرف بعين الكشك وتستعمل للشرب وعين تبعد عن الأخيرة ١٠٠ متر للغرب منها وتماثل هذه الأربع عيون افى الحرارة والتركيب ماؤها مُشفٍ عديم الرائحة حرارته بين ٢٥ـ٣٠° وثقله النوعى ١٠٢٥ وفيه فقاعات من ثانى أوكسيد الكربون

وإذا ترك هذا الماء في الهواء صار لونه لبنيا وانطلق منه الايدروجين المكبرت ولو ترك فى كوبة زمنا فقد رائحته

تركيبه الكيماوى

الغازات : — الايدروجين المكبرت الطليق	٧٥س.م.م	٠٧٣١و٠ جرام
ثانى أوكسيد الكربون	٦١س.م.م	١٢٠٠و٠ جرام
الأزوت	١٠س.م.م	٠١٢٦و٠ جرام

الاجزاء الأخرى	كلورور الكالسيوم	١٨٨٠و٠
	كلورور المانيزيوم	٨١٠٥و١
	كلورور الصوديوم	٢٠٠٠و٣
	بى كربونات الكالسيوم	٨٠٥٠و٠
	سلفات الكالسيوم	٢١٠٠و٠
	سليكا	٠١٥٠و٠
	مادة عضوية	٠٠١٥و٠
		٢٣٠٠/و٦جرام

ومياه حلوان شبيهة التركيب بمياه Engheim غير أن مياه حلوان أعلى حرارة وأغنى بالكبريت . الحرارة ٣١٦٠° وللعيون التى بالحمام حرارة مستمرة

التحليل بمعرفة الحكومة

(ا) توجد أعلى كمية للملح فى الخط المحد المنطقة من الشمال الغربى

(ب) وتنعدم كربونات الصودا من عينين فى وسط المنطقة

(ج) المياه المشتملة على مركبات كبريتية موجودة فقط فى غرب البلد وآخر تحليل كان في يونيه سنة ١٩١٠

المياه القلوية

هي المياه المحتوية على أكثر من ١.٠٪ من أملاح ذائبة واكثر من نصف هذه الاملاح مركب من بى كربونات الصودا وكثير من هذه المياه يحتوى على

ثانى أوكسيد الكربون وإذا كانت كمية السلفات والكلورور قليلة بدرجة لا تذكر سميت المياه قلوية بسيطة واستعملت للشرب فوق الاكل خصوصاً لو احتوت على مقدار كبير من غاز ثانى أوكسيد الكربون . أما اذا احتوت على كلورور الصوديوم فتسمى المياه القلوية المالحة أو الكلورورية (Alkaline muriatic springs) وهذه تفيد فى أمراض المعدة خصوصاً فى زيادة الحموضة وفى النقرس عند زيادة حمض البوريك وفى الامساك الزمن وفى أمراض الكبد والتهابات المرارة وفي السمنة المفرطة ومن أشهر الينابيع القلوية Karlsbad, Em, Baden Baden Vichy, Marienbad

المياه المحتوية على البى كربونات والكلورور

أشهرها St. Nectaire, Royat وهى فى الغالب فوّارة تحتوى على غازات وعلى الحديد والزرنيخ.

المياه المزرنخة

هى نوع من المياه الاصلية (Primitive Waters) ولها غالباً تشعع راديومى ومن خواصها تنظيم وظائف الاعضاء وتحريض الشهوة للطعام وتنبيه الخليات وإكثار كريات الدم ومضادة التشنج والتقلص وتقليل الافرازات المخاطية وتستعمل للاطفال الضعاف وفى الالتهابات المخاطية والاكزيما ومرض الذئب والانجرية وفى فقر الدم والملاريا المزمنة واللوكيميا والكوريا والربو وينبغى تجنب هذه المياه فى الامراض المعدية المعوية المزمنة

المياه الحديدية

يوجدبها الحديد مع البيكربونات ولهاتأثير عظيم على كريات الدم الحمراء ولذلك تفيد كثيراً فى علاج الفقر الدموى ولا ينبغى استعمالها فى أمراض اضطراب الهضم اولا فى حالات احتقان الاعضاء م . ش .

التحرير : قال الدكتور هيوم مدير المساحة الجيولوجية المصرية فى كتابه المطبوع سنة ١٩٢٥ أن مياه حلوان من ماء التحترية ولا نعرف حتى الآن حقيقة أصلها وأن أعلى حرارة لها هي ٣١٫٥° مئوية فى مياه الحمامات فى جنوب المدينة وتنخفض الحرارة بسرعة فى العيون الاخرى فتختلف بين ٢١° و٢٣° في اليوم الواحد وتختلف حرارة العين الواحدة بحسب الايام فقد وجد المسيو Laird Clowes أن البئر رقم ٢٠ كانت حرارته ٢٣° في ١/٦/١١ و ٢٩° فى ٢٨/٦/١١ ، وتتبع أغلب العيون (عدا القريبة من الحمامات) حرارة الهواء مع مراعاة النزول بسبب الانخفاض عن سطح الارض

وأثبت تحليل معمل الحكومة لمياه حلوان ما يأتى

١ وجود أعلا كمية للملح فى النهاية البحرية الغربية للمنطقة

٢ وجود البئرين اللذين انعدمت فيهما كربونات الصودا فى وسط المنطقة وكونهما أعلا من الآبار الاخرى .

٣ الكبريت ومركباته مقصور على الآبار الموجودة فى الجهة القبلية من المدينة

عين الصيرة

هى عين ماء (Gastnel) مالحة واقعة فى المنطقة الجيرية الأيوسينية (أى الطبقة السفلية من الاراضى الثلاثية) ويختلف منسوب الماء فيها باختلاف علو النيل وحرارة الماء فى القاع ٤٠° وعند السطح ١٨° وأهم محتويات هذه المياه سلفات المانيزيا وكلورور المانيزيوم والصوديوم وقد تبلغ أحياناً ١٢٠ جم فى اللتر

ويخرج من عيون حمام فرعون ماء حرارته ٧١° مئوية وتحليل الحكومة أثبت احتواءه على ٨٧ ٪ كلورور الصوديوم وسلفات الكالسيوم والمانيزيوم . و بالقرب منها كهوف دافئة فى شقوق الجبال الجيرية المجاورة قد تبلغ حرارتها ١٠٠° ف وهى معروفة للعرب من قرون يفدون اليها للتداوى من الروماتزم م . ش .

بعض ملاحظات عن الحمى التيفودية

الوقاية منها وعلاجها

محاضرة القاها الدكتور اندراوس عريان

فى الجمعية الطبية المصرية

انتشرت الحمى التيفودية في بلدنا هذا انتشاراً لم نعهده من قبل ولم نر من رجال مصلحة الصحة مقاومة تذكر لكبح جماح المرض ولست اقول ان ذلك ناشيء عن تقصير واهمال بل ربما كان ذلك ناشئا من حالة البلد العامة وطبيعة المرض كما سأبين ذلك فيما بعد

لو القينا نظرة على احصائيات مصلحة الصحة الخاصة بالحمى التيفودية لوجدنا عدداً هائلامن ابناء هذا البلد يقع فريسة المرض فحبذا لو امكننا فى اجتماعناهذا ان نصل الى بعض النتيجة لتخفيف وطأة هذا الوباء

فلنبحث اولاً هذه الاحصائيات واليك مختصرا منها

السنة	القاهرة		الاسكندرية		القطر المصرى	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
١٩١٤	١٣٣٣	٣٤٥	٣٤٨	١٤٣	١٩٦٦	٦١٢
١٩١٥	٥٥١٣	٢٤٢٩	٥١٤	٤٤١	٦٥٤٠	٢٩٩٢
١٩١٦	١٩٩٨	٥٦٢	٦٧٦	٢٩٢	٣٤٤٢	١٠٩٢
١٩١٧	١٢٥٧	٣٥٣	٨٢٩	٢٢٢	٢٥٤٩	٧٥٦
١٩١٨	١٨٢٠	٥٥٠	٧٥٢	١٦٢	٣١١٨	٩٣٥
١٩١٩	١٥١٣	٣٣٠	٨١٩	١٦٥	٢٧٠٧	٥٨٧
١٩٢٠	٩٦٠	٢٢٦	٤٣٩	٧٨	١٧٩٩	٤٢٦
١٩٢١	٦٧٣	١٦٨	٢٩٠	٧٥	١٣٨٠	٣٤٦
١٩٢٢	٨٨٣	٢٤٧	٢٦٠	٦٩	١٦٨٩	٤٣٣
المجموع	١٥٩٥٠	٥٢١٠	٤٩٢٧	١٦٤٧	٢٥١٩	٨١٨٣
المتوسط العام	١٧٧٢	٥٧٩	٥٤٧	١٩٤	٢٧٩٩	٩٠٩
نسبة الوفيات	٪٣٣		٪٣٦		٪٣٢	

فلو بحثنا هذه الاحصائية بدقة لوجدناها دون الحقيقة بمراحل اذ انه من المعلوم ان نسبة الوفيات فى الحمى التيفودية فى مصر تبلغ حوالى عشرة فى المائة وانما هذه النسبة التى أمامكم هنا سببها ان الاطباء لايبلغون عادة الا عن الحالات السيء انذارها وقد لايبلغون مطلقاً . اثبت هذه الحقيقة التى تقع فوق رأسنا نحن ويا للاسف فقد شاهدت كثيراً من الاطباء ومن فطاحلهم يهملون مسألة التبليغ عن المريض وسأعود الى ذلك لبحث الاسباب وماهية العلاج

فمن هذه الاعتبارات ارى ان متوسط الاصابات بالحمى التيفودية فى العام هو مائة الف اصابة وذلك على اقل تقدير وهذا الرقم مزعج حقاً فماهو السبب

لذلك وجب علينا ان نبحث عن سبب العدوى بميكروب حمى التيفود لنرى هل يمكننا الوصول الى نتيجة مرضية اذا حاربنا سبل العدوى

طريق العدوى . يبتدىء باشلس التيفود فى الظهور فى البراز منذ الاسبوع الثانى ويستمر عادة لمدة اسبوعين بعد انخفاض الحرارة وذلك ناشىء عن تقرحات لطخ باير Peyer's Patches وافرازها الميكروب ولذلك قد يظهر الميكروب بكثرة فى بعض الاحايين وقد لايظهر فى غيرها وقد عمل فروس Frosch احصائية من احصائيات متعددة فوجد ان ٥ ٪ من المرضى يظهر الميكروب فى برازهم بعد مضى عشرة اسابيع من تاريخ نزول الحرارة هذا بخلاف حاملى الميكروب Carriers ممن سيأتى عنهم الكلام بعد

وفي البول كذلك يظهر الميكروب ويستمر فى الظهور متقطعاً لعدة اسابيع بعد نزول الحرارة وربما لعدة اشهر

وقد امكن زرع ميكروب التيفود من القىء اذا كان صفراوياً وكذلك من البصاق

فمن ذلك يتضح ان بعض الناقهين من حمى التيفود يظلون بضعة شهور مصدر عدوى لغيرهم من الذين يعيشون معهم او يسلمون عليهم باليد او يقدمون لهم طعاماً أو من يغسلون ثيابهم او من تلوث آبار المياه او الانهار بالبراز أو بالبول او بواسطة الذباب الذى هو من اشد ناقلى المرض نشاطاً

ولا يقتصر خطر نقل العدوى على هؤلاء بل هناك من هم اشد خطراً على الهيئة الاجتماعية الا وهم الحاملون المزمنون للميكروب Chronic carriers اذ يظل الميكروب فى البول أو فى البراز لعشرين سنة او مايزيد فقد فحص فروس حاملا الميكروب عام ١٩٠٢ ثم عاد ففحصه عام ١٩٠٧ فوجده لايزال ينبوعاً خصباً للميكروب وقد فحص فروس ٦٧٠٨ مريضاً بعد مضى ثلاث سنوات من تاريخ المرض فوجد بينهم ١٥ لايزالون يفرزون الميكروب وقد فحص مريضاً بعد خمسين سنة من تاريخ المرض فوجد به الميكروب والمعروف ان الميكروب يظل طول هذا الوقت فى المسالك الصفراوية

ولا يقتصر ظهور الميكروب على افرازات الاشخاص الذين اصيبوا بحمى التيفود بل يظهر كذلك عند اشخاص لم يصابوا بهذا المرض او اصيبوا باصابة خفيفة لم تسترع انظار المريض او الطبيب

واذا نظرنا الى طريق العدوى رأينا الناقهين من المرض والحاملين المزمنين يظلون مصدر عدوى للمرض لمدة طويلة وهناك كثير من الحوادث التى تدل على خطر الطباخين اذا كانوا حاملين مزمنين للميكروب فان طباخا كهذا كلما دخل فى خدمة عائلة اصيب افرادها واحداً بعد الآخر بالحمى

وخطر اولئك اكثر بكثير اذا كانوا فى خدمة مطابخ عامة او يعملون فى بيع الالبان او فى مخازن الاطعمة ويكفيكم ماترونه من بيع الليموناده وعرق السوس

والدندرمة الخ على قارعة الطريق وانظروا معى تروا الصعاب التى تكتنف حصر الناقهين أو الحاملين المزمنين ومنع خطر العدوى ان يسرى الى غيرهم. بل انظروا معى اكثر الى حالة الفلاحين وما يكتنف مياه الشرب من الاقذار فانه لا يحلو لهم غسل ثيابهم الملوثة بالميكروب الا فى نفس المكان الذى يستقون منه او يتبرزون فيه او يبولون او يغسلون الخضروات او يقذفون بالحمير والبغال الميتة فيه بل انظروا الى الذباب وهو ينقل العدوى من براز أو بول مريض الى اطعمة شخص سليم

فهل يمكن علاج هذه الحالة ؟ أى نعم ممكن علاج هذه الحالة ولكن بعد مضى عشرات من السنين ولكن ذلك ليس سبباً لاى اهمال فيجب محاربة المرض من كل الوجوه

يجب اولا عزل المصاب وتطهير افرازاته والتبليغ عنه لرجال مصلحة الصحة

وهنا اناشد كل طبيب ان يبلغ عن كل حالة تقع تحت علاجه وإذا بحثنا الاسباب التى تمنع الطبيب عن التبليغ وجدنا ان ذلك يرجع إلى رغبة أهل المريض، والطبيب يسعى إلى نوال رضى أهل المريض قبل أى شىء آخر ورغبة أهل المريض عن التبليغ ترجع أولا إلى الجهل والى فكرة سيئة بانه أولا قد ينقل المريض إلى المستشفى وثانياً خوفاً على المفروشات والملابس من التبخير ولكن يمكن للطبيب أن يبلغ عن أى حالة ويقوم هو بعزل المصاب واعطاء الارشادات الكافية لذلك وكذلك يمكنه أن يقوم بعملية التبخير لو أراد

ثانياً يجب فحص الاشخاص المكلفين بتقديم طعام أو شراب فحصاً دورياً كل عام

ثالثاً ادخال التعليمات الصحية فى مناهج التعليم وكيفية نقل عدوى الامراض والوقاية منها

رابعاً وجود ماء صالح للشرب فى كل قرية . وهذا ما يجب ان تسعى إليه

تدريجياً مصلحة الصحة ولا يمكن استئصال كثير من الامراض مالم نعن العناية الكافية بمياه الشرب

خامساً استعمال اللقاح أو الفاكسين

كان باستور أول من استعمل اللقاح للوقاية ضد الامراض فقد استعملها فى الجمرة وفى كولرا الفراخ وفى عام ١٨٨٨ اثبت شانتمس وڤيدال Chantemesse & Widal انه يمكن وقاية الحيوانات من سم باشلس التيفود بحقنها بهذا الباشلس بعد رفع درجة حرارته إلى ١٢٠ سنتيغراد وفى عام ١٨٩٦ وفى وقت واحد استعمل رايت A. E. Wright و بيفر وكول Pfeiffer & Kolle هذا اللقاح فى وقاية الانسان من التيفود إلا ان اكبر الفضل يرجع إلى رايت الذى استعمله بكثرة وعممه بين وحدات الجيش البريطانى وكانت النتيجة باهرة ويمكننى أن أثبت لحضراتكم بعض النتائج فى وحدات بعض الجيوش قبل الحرب العالمية

	عدد الاصابات فى الألف		الوفيات فى الألف	
	غير مطعم	مطعم	غير مطعم	مطعم
الجيش الانجليزى في الهند ١٩٠٦-١٩٠٨	٢٣ر٣٣	٣ر —	٣ر٩٣	٠ر٣٦
« « « ١٩١٠	١٣ر ٩	٤ر ٧	٢ر ٦	٠ر٦٠
« « « ١٩١١	٥ر ٣	١ر ٧	٠ر٤٠	٠ر٠٩
الجيش الاميركى ١٩١٠	٦ر٠٥	٠ر٤٨	٠ر٤٦	صفر
الجيش اليابانى	١٤ر٥٢	١ر —	١ر٦٦	٠ر٢٨
الجيش الفرنسى ١٩١٢	٢ر٢٢	صفر	٠ر٣٠	صفر
الجيش الفرنسى للجزائر وتونس ١٩١٢	١٢ر١٤	٠ر٠٩	١ر٨٨	صفر
« « لغرب مراكش ١٩١٢	١٦٨ر٤٤	٠ر١٨	٢١ر١٣	٠ر٠٩
« « للمستعمرات	٦ر٣٤	صفر	٠ر٥٨	صفر
« « فى اثينيون	٢٢٥ر٦١	صفر	٣٢ر٠٢	صفر

فهذه الأرقام وحدها تدل على فائدة التطعيم ضد الحمى التيفودية

وفى الحرب العالمية كانت الاصابات قليلة جداً فى الوحدات التى كانت فى ساحة القتال بخلاف وحدات الاحتياطى فقد كان المرض متفشياً فيها وذلك لأن الأولى حقنت والثانية لم تحقن ولم تقل الاصابات إلا بعد حقن جميع الوحدات ولكن فى سنة ١٩١٥ تفشت الحمى الباراتيفودية حرف ب بكثرة مريعة ولم تتلاش إلا بعد جعل اللقاح مركبا من باشلس التيفود وباشلس الباراتيفود

وفى سبتمبر سنة ١٩١٣ ظهرت التيفود فى چارجان بفرنسا في ابن فلاح متعهد بتوريد اللبن لـ ١٤ عائلة رضى سبعة منها باستعمال اللقاح فلم تظهر فيهم ولا حالة من الحمى وفى سبع العائلات التى رفضت ظهر ٢٩ حالة

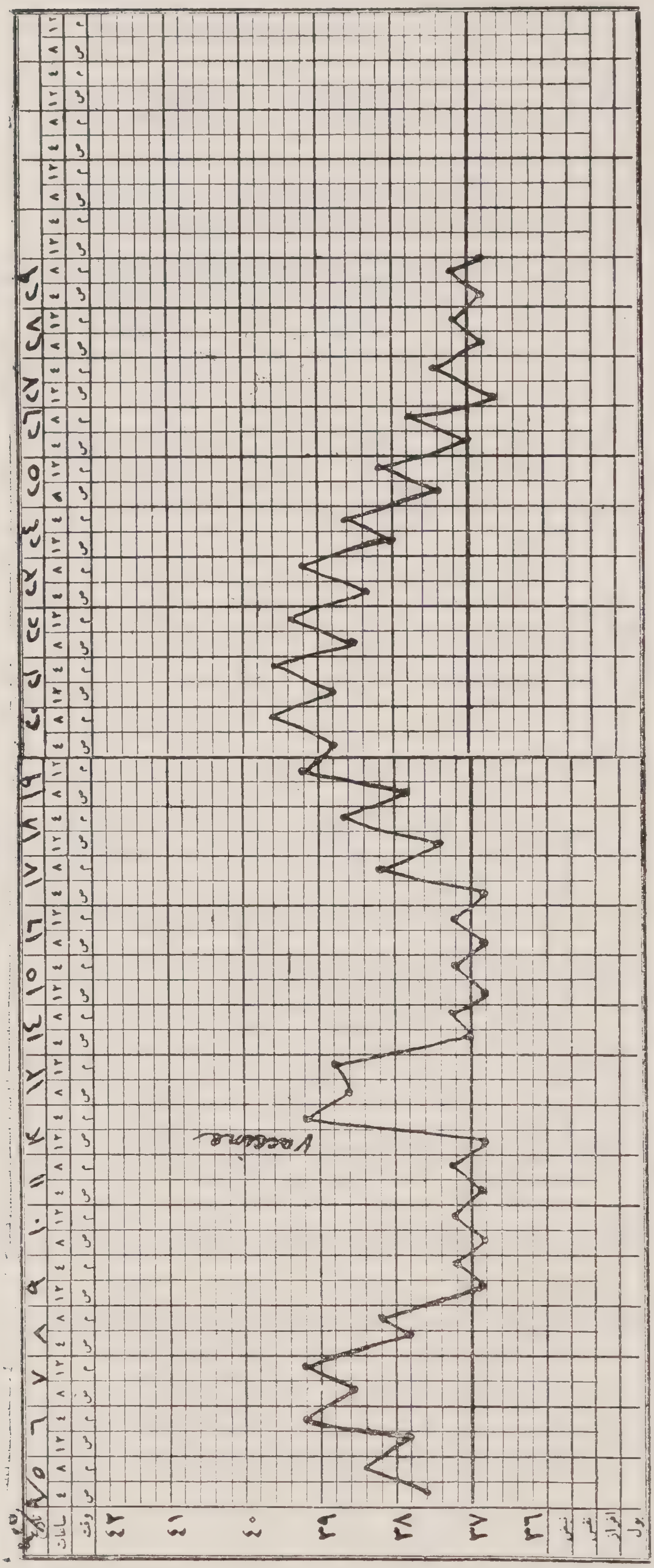
واليوم يوجد اللقاح المعمول على طريقة رايت يقتل الميكروب بالحرارة وموجود اللقاح المعمول على طريقة فانسان (Vicent) يقتله بالأيتير وجرت العادة أن يعطى على مرتين أو على ثلاث مرات ففى المرة الأولى يعطى ٥٠٠ مليون تيفود و ٢٥٠ مليون بارا ا و ٢٥٠ بارا ب وفى الحقنة الثانية يعطى ضعف هذا المقدار بعد مضى عشرة أيام .

اما التفاعل فكما هو معلوم لديكم ألم موضعى فى محل الحقنة وهذا أكبر مافيها وقد تزيد درجة الحرارة الى ٣٨° أو نادراً أكثر من ٣٩° مع ألم خفيف فى الرأس ولا يستمر أكثر من ٢٤ ساعة

ولا يمنعنا من استعمال الفاكسين إلا وجود أمراض حادة كذات الرئة أو التهاب سحائى الخ وفى الأحوال المزمنة كالسل الرئوى المتقدم ومرض البول السكرى والتهاب كلوى مزمن وهبوط فى القلب

أما الاضرار التى تنشأ عن الحقن بالفاكسين فلا اعرفها فقد روى ڤانسان انه اعطى لبعض العسكر عن طريق الخطأ ٢٠ سنتيمتراً مكعباً بدل اثنين أى نحو خمسة عشر الف مليون ميكروب ولم يحدث أى ضرر من ذلك وعن طريق الخطأ كذلك اعطيت إحدى البنات عشرين سنتيمتراً بدل اثنين واعطى ولدان لكل منهما

عشرة سنتيمترات بدل سنتيمتر واحد وكان التفاعل خفيفاً جداً



(شكل ١)

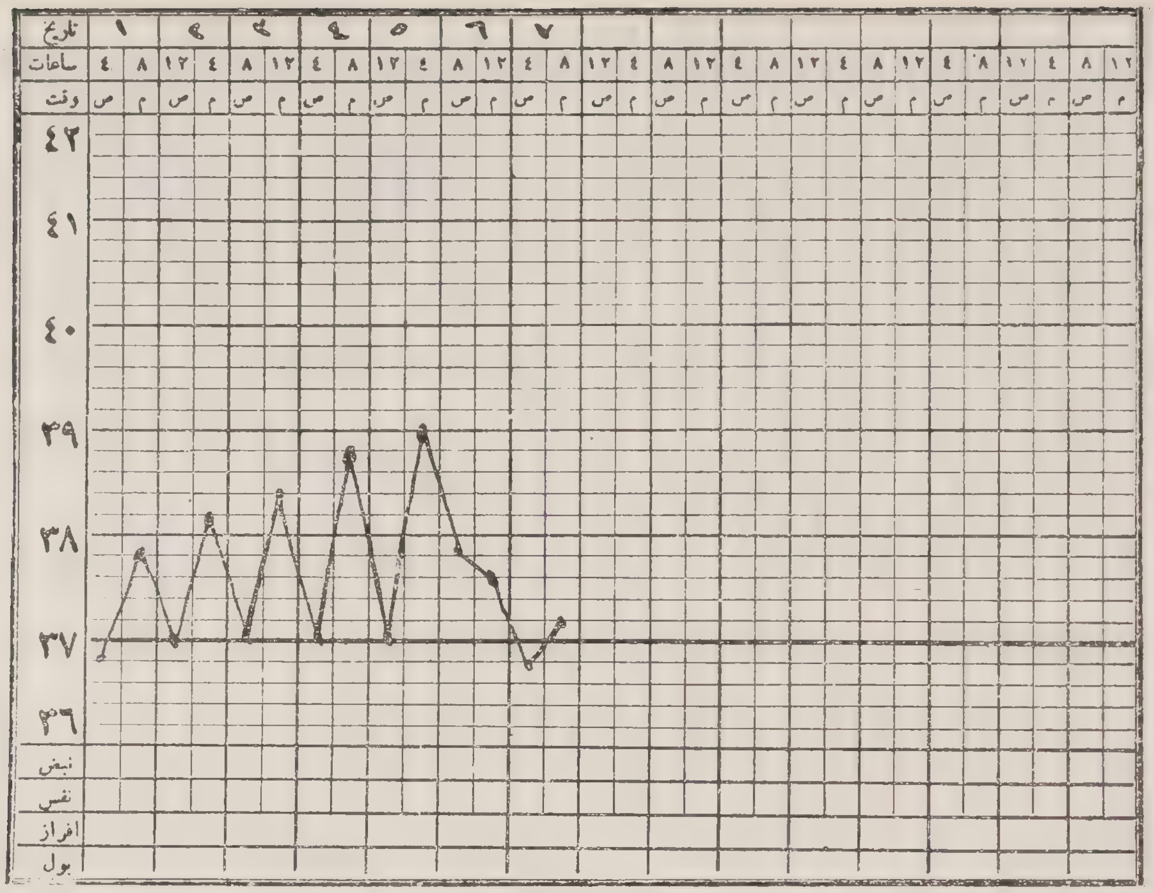
ولقد كثر الـكلام حول مسألة الدور السالب أى الفترة التى تعقب الحقن مباشرة وهى التى ذكر عنها رايت بأن أسباب المناعة الموجودة فى الجسم تهبط كثيراً بعد الحقن بالميكروبات الداخـلة الى الجسم لمكافحتها فاذا حقن شخص وكان معرضاً للمرض وأخذ العدوى بعد الحقن مباشرة أو كان فى دور التفريخ ظهرت عليه أعراض الحمى بشكل مريع قتال وهذا قول مردود عليه من كل وجه فقد استعمل باستور اللقاح ضد مرض الكلب بعد حدوث العدوى منه وأتى بنتائج مدهشة وسأبرهن فيما يلى أن رايت يناقض نفسـه بنفسه فى هـذا الموضوع وأن الحـالات الاكلينكية تعلمنا خلاف

ذلك فقد اثبتت التجارب بأن كثيراً من الأفراد أخذوا الفاكسين وهم فى دور التفريخ ولم تظهر عليهم أعراض الحمى مطلقا وفى أحوال أخرى ظهرت أعراض الحمى انما بشكل خفيف جداً ومن هـذا المثال الحالة فى الشكل نمرة ١

رابعا ان الدور السابق لا يمكث أكثر من ثلاثة أيام و بعدها تزداد المناعة فى الجسم بيد أن مدة التفريخ حوالى خمسة عشر يوماً فيمكن الاستنتاج بسهولة ان الحقن فى مدة التفريخ له فائدة لا تنكر

ولنبحث الآن فى الوقت الذى يبقى الجسم فيه حاصلا على مناعة كافية بعد الحقن فاقول أن فنسانذكر ان المناعـة تبقى في الجسم أكثر من أربع سنوات كما دلت على ذلك التجارب التى عملت فى مراكش وتأثير المناعة عند الرجال الذين كانوا فى خدمة الحروب لا يزال باقياً حتى الآن فان من يزور مستشفيات باريس ولوندره وبرلين يجد أن من يصاب بحمى التيفود هم الطاعنون فى الجسم الذين لم يكونوا فى خدمة الجيش أو شبان ولم يلتحقوا بالجيش ولم يطعموا أو سيدات أما الاصابات فى الافراد الذين حقنوا فى أثناء الحرب فقليلة جداً خفيفة جداً .

ولكن من يراجع هذه الاحصائيات المقدمة الى حضراتكم يجـد أن الوقاية لاتشمل كل من حقن بل هناك أفراد رغماً عن أخذهم الحقن تظهر عليهم أعراض حمى التيفود ولـكن بشكل خفيف جداً وفى بعض الحالات وهذا نادر تؤدى الحالة الى الوفاة واليكم حالة سـيدة اصيبت بحمى تيفودية خفيفة بعد حقنها بثلاثة أشهر والتشخيص أنها تيفودية من سير الحرارة ومن أنها كانت تمرض حالة حمى تيفودية لمدة عشرين يوماً شكل ٢



(شكل ٢)

بقى علينا الآن من جهة الوقاية من المرض ان نعرف ألا من سبيل الى الوقاية بعد الحقن تحت الجلد والجواب على ذلك أقول أنه يمكن استعمال الفاكسين بطريق الفم اذا أضيفت اليه المواد الصفراوية فهذه تجعله سهل الامتصاص من الامعاء ويمكن استعمال هذا الفاكسين بشكل محافظ على ثلاثة ايام متوالية فى الصباح على معدة خالية ففى جهة Pas de Calais انتشرت الحمى التيفودية ولم يجد الدكتور ڤايان Vaillant رغبة من جميع الاهالى فى عمل الحقن فاضطر الى استعمال الطعم المعوى Entero-vacci والطعم الممرور Bilivaccin ويلاحظ أنه يحدث نفس التفاعل الذي يحدثه الحقن تحت الجلد من ألم خفيف فى الرأس وزيادة يسيرة فى درجة الحرارة وقد يصحب ذلك نبض خفيف أو إسهال من ٢٠٠٠ شخص :—

١٢٣٦ أخذوا الفاكسين بالفم فحدثت خمس إصابات أو ١٧ ./. منها ثلاث حالات فى وقت تعاطى الفاكسين والحالتان الآخريان فى ظرف عشرة أيام

١٧٣ أخذوا الفاكسين بالحقن ظهر فيهم أربع حالات أو ٢٣ ./.

والاربع الحالات ظهرت بين اليوم الخامس واليوم الثانى عشر للحقن

٦٠٠ لم يأخذوا فاكسين بالمرة ظهرت فيهم ٢١ حالة أى بنسبة ٢٧ ./.

وأثبت جوتييه Gaulhier فى رسالة الى الاكاديميه بانه في الفترة بين مايو وديسمبر

سنة ١٩٢٣ أعطى الفاكسين بالفم الى ١٢١٠ مخالط للمرضى ولم تحدث بينهم إصابة واحدة وذلك فى أثينا وسالونيكا وفي ثلاث قرى اخرى حيث كان المرض منتشراً بشكل وبائى وعمم استعمال الفاكسين بالفم ففى احدى القرى انقطع المرض فجأة وفى الأخريين ظهرت اربع حالات وجميعها عقب الفاكسين مباشرة هذا مع ملاحظة ان الاحوال الصحية فى هذه الثلاث قرى كانت على أسوأ ما يكون ولكن كالمت Calmette يحذرنا من هذه الطريقة لانه يظهر ان هناك بعض حالات لا تمتص فيها الأمعاء الفاكسين ومن هذه احدى الممرضات فى احد مستشفيات باريس اخذت خمس كبسولات من الفاكسين بالفم ورغماً عن ذلك اصيبت باصابة غاية فى الشدة بعد مضى ثلاثة شهور

الى هنا انتهيت من ذكر فائدة الفاكسين فى الوقاية من المرض ولكن اقول ان استعمال الفاكسين يجب ان يكون مقروناً باتخاذ الاحتياطات الصحية السابق ذكرها اما الحالات التى يجب عمل الفاكسين فيها للوقاية فقد ذكرها ڤيدال Widal بايجاز كما يلى « من جهة وقاية وحدات الجنس البشرى يجب عمل لقاح التيفود في احوال معينة ففى الجهات التى يظهر فيها المرض بشكل وبائى يجب حقن جميع الاشخاص القاطنين فى هذه المنطقة فان اللقاح هو الطريقة الوحيدة المعقولة لايقاف سير المرض بسرعة كذلك يجب حقن جميع الاطباء والممرضين والممرضات وخدم المستشفيات وجميع من يتصدى لخدمة مرضى التيفود ويجب كذلك حقن جميع أفراد العائلة التى تظهر فيها اصابة بالتيفود وعلى الطبيب ان يكون الواسطة لعمل البروباجندة لافهام الاهالى المنافع التى تعود عليهم من عمل اللقاح ولكن لا يغرب عن البال بان اللقاح لا يمنع ظهور أى حالة من حالات التيفود فان عدداً من الذين لقحوا يصابون بالمرض ولكن ذلك نادر جداً والاصابة عادة تكون خفيفة ولذلك ليس اللقاح هو الدواء الوحيد للوقاية من هذا المرض بل يجب عمله مع الاحتياطات الصحية الواجب اتخاذها »

العلاج

ان القواعد التى سار عليها باستور في استعمال الفاكسين يمكن تلخيصها كما يلى

أولا لنجاح طريقة التلقيح يجب عزل الميكروب المسبب للمرض وعمل فاكسين منه.
ثانياً وثالثاً يجب ان يستعمل الميكروب حياً ولكن بعد الاقلال من درجة قتله.
attenuated وفى هذه الحالة ليس العدد بذى اهمية انما الدرجة التى وصل اليها الميكروب.
رابعاً يجب ان يستعمل حقنا تحت الجلد
خامساً يجب ان يستعمل فقط للوقاية فى اشخاص لم يصابوا بعد
سادساً ان المناعة التى تحدث من التلقيح نوعية specific اى انها ضد الميكروب الملقح به فقط
سابعاً ان المناعة لا تحدث الا بعد مضى عشرة ايام او اكثر

ولكن بعد مضى وقت رأى باستور انه ممكن منع مرض الكلب في اشخاص اصيبوا به فرأى انه بحقن الميكروب المضعف attenuated منذ البداية نجح نجاحا مدهشاً فى عدم ظهور اعراض المرض ولذلك يمكن اضافة مادة ثامنة كما يأتى

ثامناً يمكن تلقيح الشخص اذا كان فى دور التفريخ بشرط ان يكون دور التفريخ لايزال باقياً الى عشرة ايام

ولكن الابحاث الطبية تقدمت تقدماً مدهشاً منذ عهد باستور ولذلك كان من الواجب تعديل بعض هذه المواد فى نوفمبر سنة ١٩٢٢ اعطانا السير المرث رايت Sir Almroth E. Wright القانون الثانى للتلقيح معدلا للقانون الذى وضعه باستور فمن ضمن مواده ما يأتى

أولا يجب عزل الميكروب المسبب للمرض وزرعه وعمل لقاح منه وليس من الضرورى استعمال لقاح ذاتى من نفس المصاب autogeusus بل أن المخزون stock يكفى كفاية تامة

ثانياً يجب أن يكون اللقاح معقما

ثالثاً يمكن استعمال اللقاح للوقاية وفى دور التفريخ وفي حالات الاعراض التى يكون فيها الالتهاب موضعيا بشرط أن لاتكون الحالة مصحوبة بحمى شديدة أو بكثرة افرازات الميكروب من الالتهاب الموضعى الى الدم ولذلك كان استعماله في حالات الشمات الدموية التي يكثر فيها الميكروب فى الدم غير مرغوب فيه

رابعاً يجب استعمال الفاكسين تحت الجلد

خامساً أن كمية الفاكسين لها أهمية عظمى فعليها تتوقف كيفية تفاعل الجسم على الفاكسين ومقدار المناعة التي تحدث، فاذا كان المقدار صغيراً وجدت مواد المناعة فى ظرف أربعة وعشرين ساعة واذا كان المقدار كبيراً وجدت مواد المناعة بزيادة يسيرة فى ظرف ساعتين ثم تأخذ فى الهبوط عما كانت عليه سابقاً وهذا مايعرف بالدور السالب ثم تأخذ فى الزيادة تدريجياً وهذا مايعرف بالدور الموجب وكلما كان مقدار الفاكسين كبيراً كلما كان الدور السالب طويلا

هذا هو القانون الذى وضعه رايت مستنداً الى المشاهدات الاكلينيكيه ولكننا نرى الآن انه يجب تعديل المواد الثالثة والرابعة والخامسة ولكن قبل أن أذكر ماهية هذا التعديل ابحث بعض مواد القانون رقم ٣ الذى وضعه رايت فى نفس الوقت مستنداً الى الابحاث التجريبية

المادة الثانية اذا أضيف الفاكسين بكمية مناسبة الى الدم فى الجسم أو فى فى المعمل in vivo or in vitro حدثت مواد المناعة وكان أكثر زيادتها بعد ساعات قليلة

المادة الثالثة تحدث مواد المناعة بافراز الكرات البيضاء لمواد قاتلة مهضمة للميكروبات opsonins & bacterieidius وتلك لاحداث حركة التطويق phagocytosis

المادة الرابعة أن مواد المناعة جامعة أى أنها تنفع ضد ميكروبات أخرى غير التى افرزت من أجلها polytropic

المادة السادسة فى أحوال التسمم الدموى وفى الامراض الشديدة قد تفقد الكرات البيضاء قوتها بفرز المواد القاتلة للميكروب ولذلك قبل حقن الفاكسين يجب التأكد من قوة المريض اذا كان يمكنه افراز مواد المناعة من عدمه وهنا ذكر السير رايت الطريقة لمعرفة ذلك

المادة السابعة اذا وجد أن الجسم غير قادر على فرز مواد المناعة وجب أن يلجأ الطبيب الى طريقة نقل المناعة Immuno-transfusion وذلك بحقن شخص سليم بالفاكسين وبعد ست ساعات ينقل دمه الى جسم المصاب

ومما يجدر بالذكر ان الابحاث التى ذكرها رايت فى محاضراته هذه اثبتت ان الدم يربى مواد المناعة اذا اضفت اليه فاكسين معقم أكثر بكثير مما لو اضيف اليه نفس المقدار من ميكروبات حية

والآن لنرى ماهية التعديل الذى يمكن ادخاله على القانون رقم ٢

المادة الثالثة يمكن تبديلها بما يلى

يمكن استعمال الفاكسين للوقاية وفى دور التفريخ فى أى وقت منه وفى الايام الأولي من أمراض حادة كالتهاب الرئة والحمرة وحمى النفاس وحمى التيفود بشرط أن يكون ذلك مكبراً بقدر الامكان وبمقادير مناسبة ليست هى بالصغيرة التى لاتحدث مناعة مطلقاً ولا هى بالكبيرة جداً تتعب الجسم في تفاعلها

الدليل على ذلك نشر بتاريخ ديسمبر سنة ١٩٢٣ فى مجلة Practitioner وكذلك بتاريخ يناير سنة ١٩٢٤ فى المجلة الطبية المصرية وهو امكان علاج التهاب الرئة اذا اعطى المريض البالغ مائة مليون والطفل خمسين مليوناً من التيبو مدكوك اذ يحدث بعد ذلك أن تهبط درجة الحرارة من أربعين الى سبعة وثلاثين فى ظرف أربعة وعشرين ساعة انما يجب أن يكون العلاج فى اليوم الاول أو الثانى أما فى الثالث فالفائدة أقل وفى اليوم الرابع ربما يكون ضرر الفاكسين أكثر من نفعه أذ يكون الدم قد انهمك فى افراز مواد المناعة فى الاربعة الأيام الماضية وقارب على نهاية المعركة ومنذ ذلك الحين عالجت جميع حالات التهاب الرئة بهذه الطريقة بنجاح مدهش ومن ثم استطردت الى علاج الحمرة وحمى النفاس على نفس الطريقة بحقن مائة مليون من الايستربتوكوك اذا كان ذلك فى اليوم الاول أو الثانى أما فى اليوم الثالث فاكتفى بحقن خمسين مليوناً وتكرر بعد ٢٤ ساعة وكانت النتائج التى حصلت عليها مرضية جداً اذ أن الحرارة فى كلتا الحالتين تهبط قبل مضى أربع وعشرين ساعة

كذلك استعملت الفاكسين فى علاج حمى التيفود منذ ثلاث سنوات فحصلت على نتائج مرضية جداً حين أن مائة وعشرين حالة عالجتها بالفاكسين لم يمت منها ولا حالة بخلاف الحالات التى لم استعمل فيها الفاكسين وذلك راجع الى عدم

رغبة أهل المريض أو لعدم موافقة أطباء آخرين فقد كانت نسبة الوفيات فيها لا تقل عن اثنى عشر فى المائة وطريقة العلاج هى نفسها الطريقة التى سرت عليها فى معالجة التهاب الرئة والحمرة وحمى النفاس وهى أن أبدأ بالعلاج قبل مضى الاسبوع الاول وكنت دائماً أجعل الشك فى صالح تشخيص التيفود حتى لا تفوتنى الفرصه والطريقة التى استعملتها كما يلى :

فى الحالات الأولى استعملت فاكسين Cépède T.A.B. باعتبار حقنتين للبالغ واحدة صباحاً والأخرى مساء وواحدة للطفل كل صباح وهذا الفاكسين ليس له تفاعل بالمره أو له تفاعل خفيف ولكن تأثيره فى سير العلاج ليس بدرجة الفاكسين المحضر على طريقة رايت أو فنسان ولكنه مفيد جداً فى الاحوال التى لا يتاح للطبيب ملاحظتها بدقة

و بعد ذلك ابتدأت باستعمال الفاكسين المستعمل للوقاية وانتهيت منه الى هذه الطريقة

فى اليوم الاول يبدأ العلاج بحقن المريض بمائة مليون من الفاكسين الثلاثى وفى اليوم الثانى يحقن بمائتين وخمسين مليوناً وفى اليوم الثالث يحقن بخمسمائة مليون وفي اليوم الرابع راحة وفى اليوم الخامس سبعمائة وخمسين مليوناً واليوم السادس راحة واليوم السابع الف مليون ولكن اذا بدأت الحرارة فى الهبوط فى اليوم الرابع أو السادس من المستحسن عدم اعطاء حقن لبن اذ انها تأخذ فى الهبوط بسرعة

وقد لاحظت كثيراً من الحالات انتهى بالبحران crisis ولكن كان الغالب ان انتهت بالانحلال lysis ولم تستمر الحمى مدة طويلة وكانت المضاعفات قليلة واستعاد المريض قوته بسرعة

اما مايمنعنا عن استعمال الفاكسين فهو

أولا وجود نزيف معوى وفى هذه الحالة لم يمكنى اعطاء الفاكسين

ثانيا تقدم الحمى أى أنه لايجوز أن نأتى فى نهاية الاسبوع الثانى أو فى بداية الاسبوع الثالث وكانت حالة المريض سيئة جداً و نبدأ بعلاج الفاكسين لأ نسوء

حالة المريض معناه انهماك الجسم ففى هذه الحالة لايجوز مطلقا استعمال الفا كسين انما فى الحالات الطويلة الآن التى تستمر الحمى فيها بصفة خفيفة لمدة طويلة فانى أرى أن استعمال الفا كسين واجب مادام ليس هناك مضاعفات تمنع من ذلك ومادامت حالة المريض حسنة

ولست أنا بأول من استعمل الفا كسين لعلاج حمى التيفود فقد استعمله فرنكل Fraenkel عام ١٨٩٢ وكانت نسبة الوفيات ٧و٨ أى بتحسين بين عن الحالات التى لم تعالج بالفا كسين واستعمله كذلك بتروفتش Petrovitch عام ١٩١٣ ومنهم سمبل Semple وريكاردن Ricardin

وأخيراً نشر الاستاذ بى Bie من الدانمارك انه عالج تسعة عشر حالة منها ١٣ تيفود وست باراب باعطاء المقادير الآتية على خمسة أيام متوالية ١٠٠ مليون ومائتين وار بعمائة وسبعمائة والف مليون ولاحظ ان لبن الحقنة الخامسة نزل بالحرارة بسرعة الى الطبيعى وكانت الوفيات حالة واحدة ابتدأ فيها التهاب الرئة قبل استعمال الفا كسين

بقى علينا الآن أن نبدل المادة الرابعة من القانون رقم ٢

وهو أنه يمكن استعمال اللقاح بطريق الفم الذى حضر بطريقة مخصوصة جعلته قابلا للامتصاص من الامعاء أو يمكن جعله قابلا للامتصاص عن طريق الجلد وقد سبق أن ذكرت لحضراتكم كيفية الوقاية من التيفود باستعمال الفا كسين من الفم وقد استعمل فورنييه وشوارتز Fournier et Schwartz هذا اللقاح للعلاج ضد الحمى التيفودية فاتى بنتائج مرضية

أما الخوف من الوجه السالب فقد بولغ فيه فى كل وقت وانى أرى أن ذلك ليس صحيحاً للدرجة التى تصورناها قبلا فان رايت فى حالة نمل المناعة ينقل الدم المحقون من السليم الى المصاب بعد مضى ست ساعات أى أنه يجزم بوجود مواد المناعة بعد مضى هذا الوقت وفى هذا الوقت يكون فيه أكثرها

وغاية ماأقوله انه يمكن استعمال الفا كسين كلما كان فى الجسم قوة المجاوبة respond على الفا كسين

وختاماً أرجو أن تأتى كلمتى هذه بغايتى التى انشدها فتتكاتف لدرء وباء الحمى التيفودية من هذا البلد الامين هدانا الله جميعاً الى مافيه الخير والسلام

مراجع

1. Traité de Pathologie Interne (Roger Widal et Tiessier)
2. Medical and Surgical Therapy (Vol. I. Vincent).
3. Sir Almroth, E. Wright, (Lancet Feb. 24th 1923).
4. Achard. (Lancet April 15th 1922 p. 745.
5. Gauthier. Bull. de l'Acad. de Med. (1924 XII p. 486).
6. Bie, Acta Medica Scandenavia 1924 p. 95.
7. Méry Vaccinotherapie antityph. par voie-sous-cutanée Bull. Med. 27 Mai 1920 p. 391.
8. Petrovich. Bull. Soc. Med. des Hôpit. (1913 p. 126).
9. Semple. The Vaccin Treatment of Typhoid Fever. Journal of Vaccinotherapie 1915, 31.
10. Ricardin. Vaccino-Therapy General Principles, Journal of Amer. Med. Assoc. (1912 p. 255).
11. Fournier et Schwartz Vaccino-Therapie dans la Fièvre Typhoïde par la voie digestive. Bull. Med. 29 Mars 1920 p. 303.
12. A. Erian, Practitioner, Dec. 1293.

١٣ المجلة الطبية المصرية يناير سنة ١٩٢٤

الدكتور اندراوس عريان

التخدير الشوكى

(٢)

(الدكتور محمد عبد الحميد بك)

تكلمنا على طريقة تجهيز المريض للتخدير الشوكى ولننتقل الآن الى صفة هذا التخدير . وقد يكون من لغو الكلام أن اقول بضرورة تعقيم الابرة والمحقنة تعقيما جيدا . والافضل أن يعمل التعقيم بالاغلاء فى المـاء بعد أن يوضع فيه شيء من الصودا .ويرى بعضهم ان يـكون التعقيم بوضع الابرة والمحقنة في الغول (الـكحول) طول الليل اذا كانت العملية فى الصباح

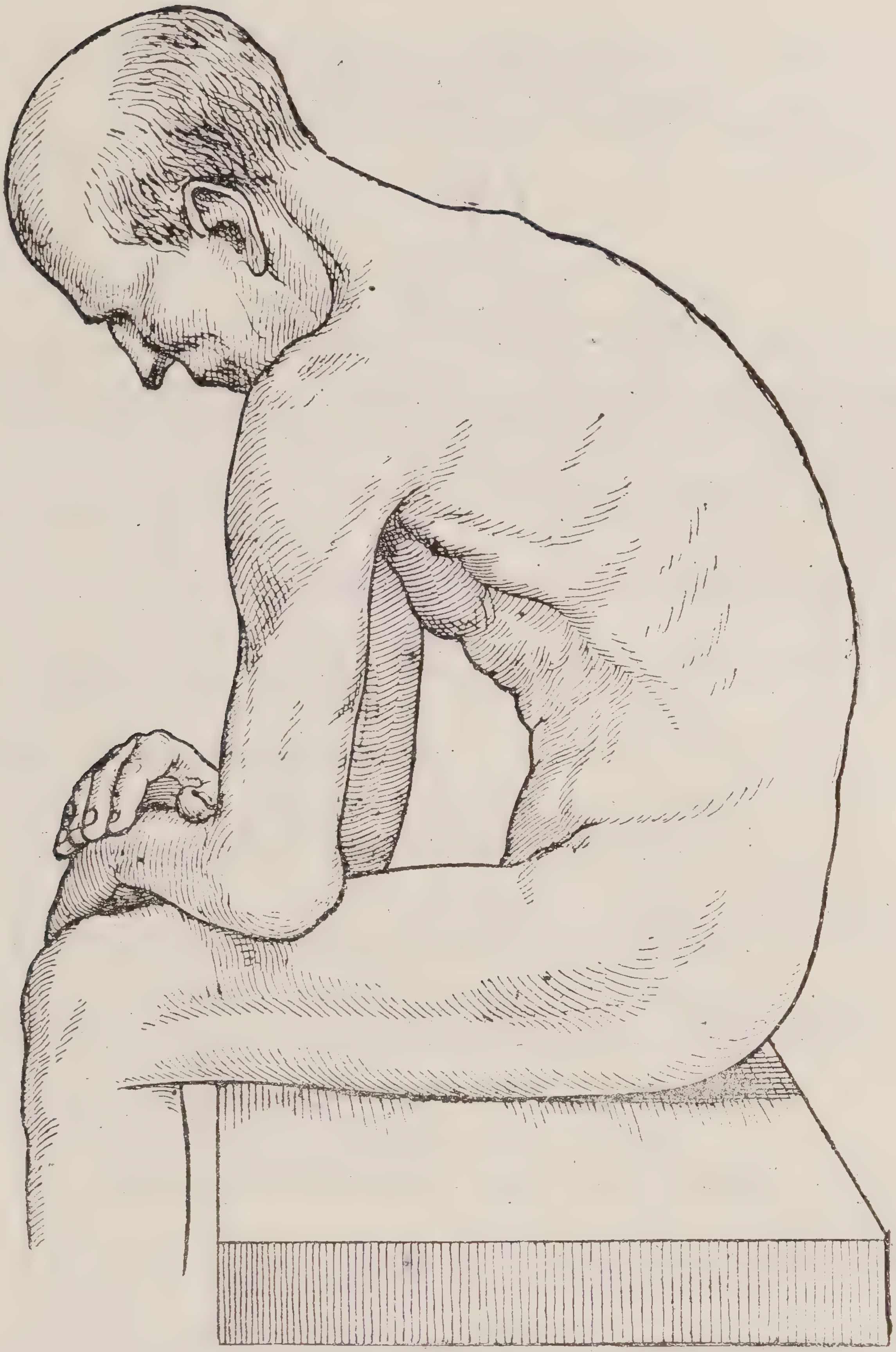
ويتوقف النجاح فى ادخال الابرة على ثلاثة أمور وهى :

(١) احناء العمود الفقارى احناء يوسع المسافات مابين الاشواك الفقارية

(٢) تعيين الشوكتين الفقاريتين اللتين تدخل الابرة فيما بينهما

(٣) اتجاه الابرة فى الدخول .

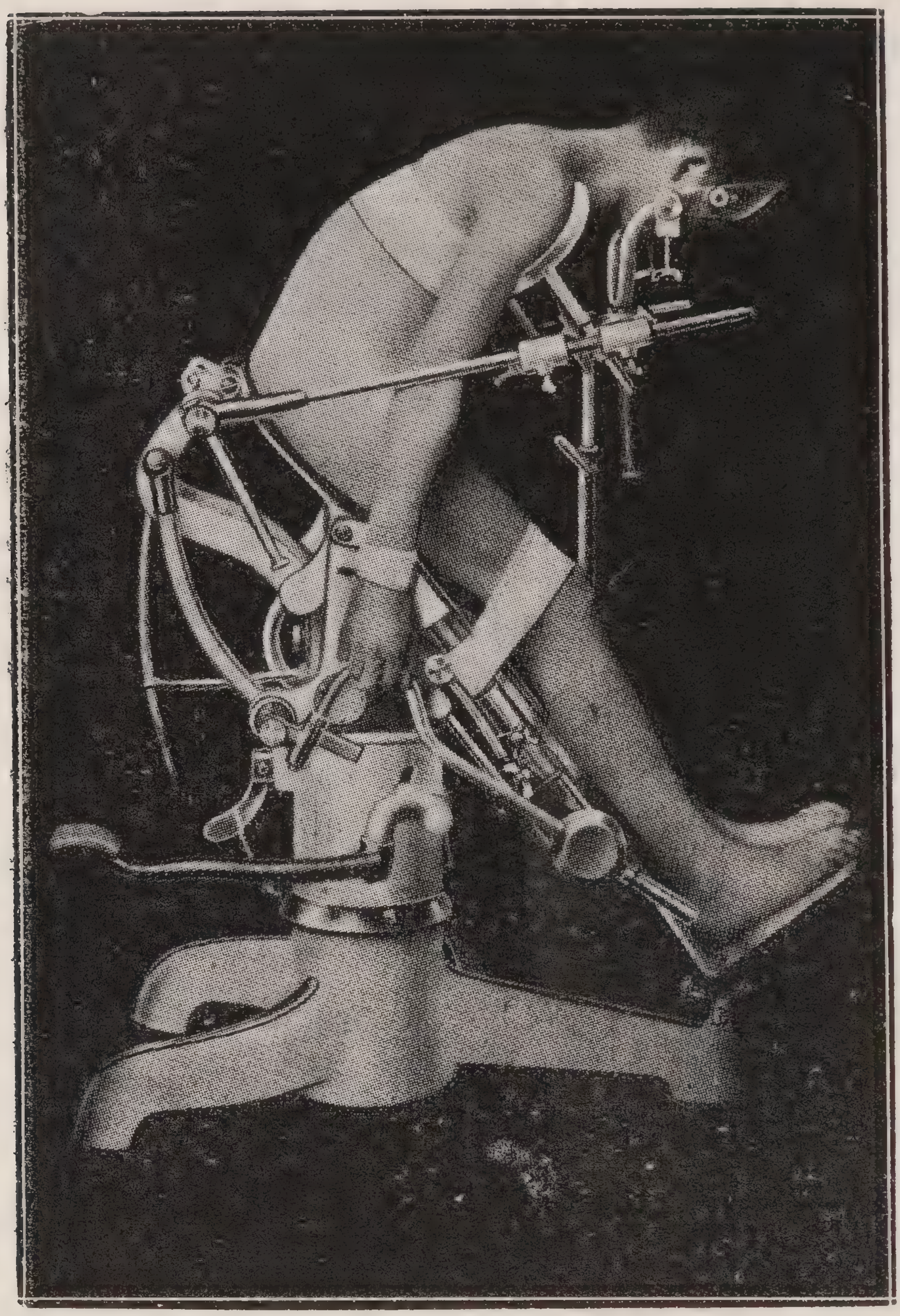
ويتم احناء العمود الفقارى احناء جيدا لتوسيع المسافات مابين الاشواك الفقارية باجلاس المريض على منضدة العمليات بالعرض جاعلا ظهره نحو الجراح ومقربا اليتيه الي حافة المنضدة التى من جهة الجراح ، ومرخيا ساقيه ،وبذلك تكون الحفرتان المأبضيتان عند الحافة الثانية للمنضدة ، ويكون الفخذان مبعدين قليلا . ويصح ان ترتكز القدمان على كرسى صغير



شكل (١)
جلسة المريض على منضدة العمليات

فاذا كان المريض فى هذا الوضع. وقف ممرض أمامه لسنده وتقويس ظهره مع ابقاء العمود الفقارى مستقيما غير مائل الى احدى الجهتين

واذا نظرت الى الشكل وجدت المريض محنى الرأس تكاد ذقنه تلامس صدره ومرفقاه على فخذه ، وكتفاه على استواء واحد.



شكل (٢)

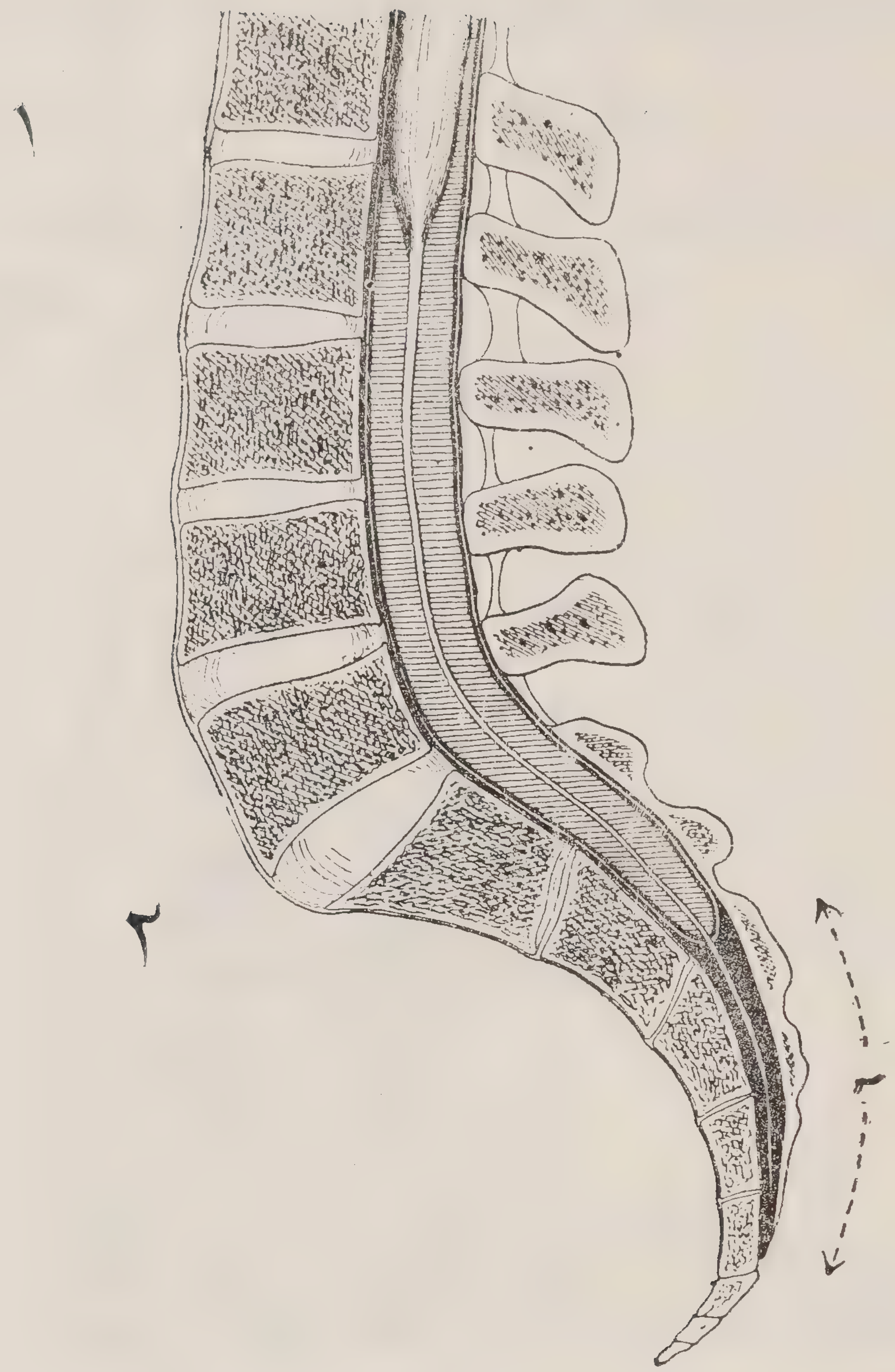
منضدة العمليات المسلحة باجهزة
خاصة لوضع المريض بالشكل المناسب لعمل الحقنة

وعلى الممرض الذى سنده ان يراقبه فلا يجعله يميل الي احد الجانبين .
وبهذا الانحناء تتباعد السناش وهى الاشواك الفقارية ، وبذلك تطول المسافات مابينها ، ويسهل ادخال الابرة فى موضعها . وفى بعض المستشفيات مناضد مسلحة باجهزة خاصة لتثبت المريض فى الوضع المناسب وقد ينوع بعضهم هذا الوضع بعمل التخدير الشوكي قليلا فيجعل المريض يبسط ساقيه على المنضدة بدلا من ارخائهما

ويستصوب اغلب الجراحين عمل الحقنة فى وضع الجلوس على نحو ما ذكرنا لسهولة ادخال الابرة فى هذا الوضع بسبب تباعد السناسن لكن هذا الوضع لا يناسب المرضى دائما . فمنهم من يكون مرضه شديدا فلا يستطع ان يجلس الجلسة المطلوبة ، ومنهم من يكون عصبيا فلا يحتملها ، ومنهم من يكون شيخا فيعتريه الاغماء من طول الجلسه ولا سيما اذا سبق حقنه بالمورفين استدراجا لتخديره تخديرا شوكيا . ففى كل أولئك يضطر الجراح الى ادخال الابرة والمريض نائم على احد جانبيه منحني الرأس وركبتاه منثنيتان، تكاد تلامس ذقنه ركبتيه. ومن الضرورى ان يسند ساند المريض وهو فى هذا الوضع أيضا .

واما تعيين الشوكتين اللتين تدخل الابرة فيما بينهما ، واتجاه الابرة فى الدخول فذلك يقتضى أن تكون حافظا التشريح الذى استودعته يوم كنت طالبا بالمدرسة . فمنه تعرف أن النخاع الشوكى يمتد من أعلى الى الحافة السفلى للفقرة القطنية الاولى أو الى الحافة العليا للفقرة القطنية الثانية حيث ينتهى بالمخروط النخاعى الذى يسمى بذنب الفرس . والجذور العصبية الناشئة من المخروط النخاعى هى على جانبيه . فاذا عملت الحقنة فى الخط المتوسط تماما أسفل النخاع الشوكى لا تنال الجذور العصبية.

وقد يحدث ، فى أثناء ادخالك الابرة فى الخط المتوسط أو بالقرب من الخط المتوسط بقدر الامكان ، أن يشعر المريض بألم فى أحد الساقين . ولاشك أن سبب هذا الألم هو اصابتك أحد الجذور . ولذلك كان من الضرورى أن تلزم الابرة الخط المتوسط ما استطعت إلى ذلك سبيلا .



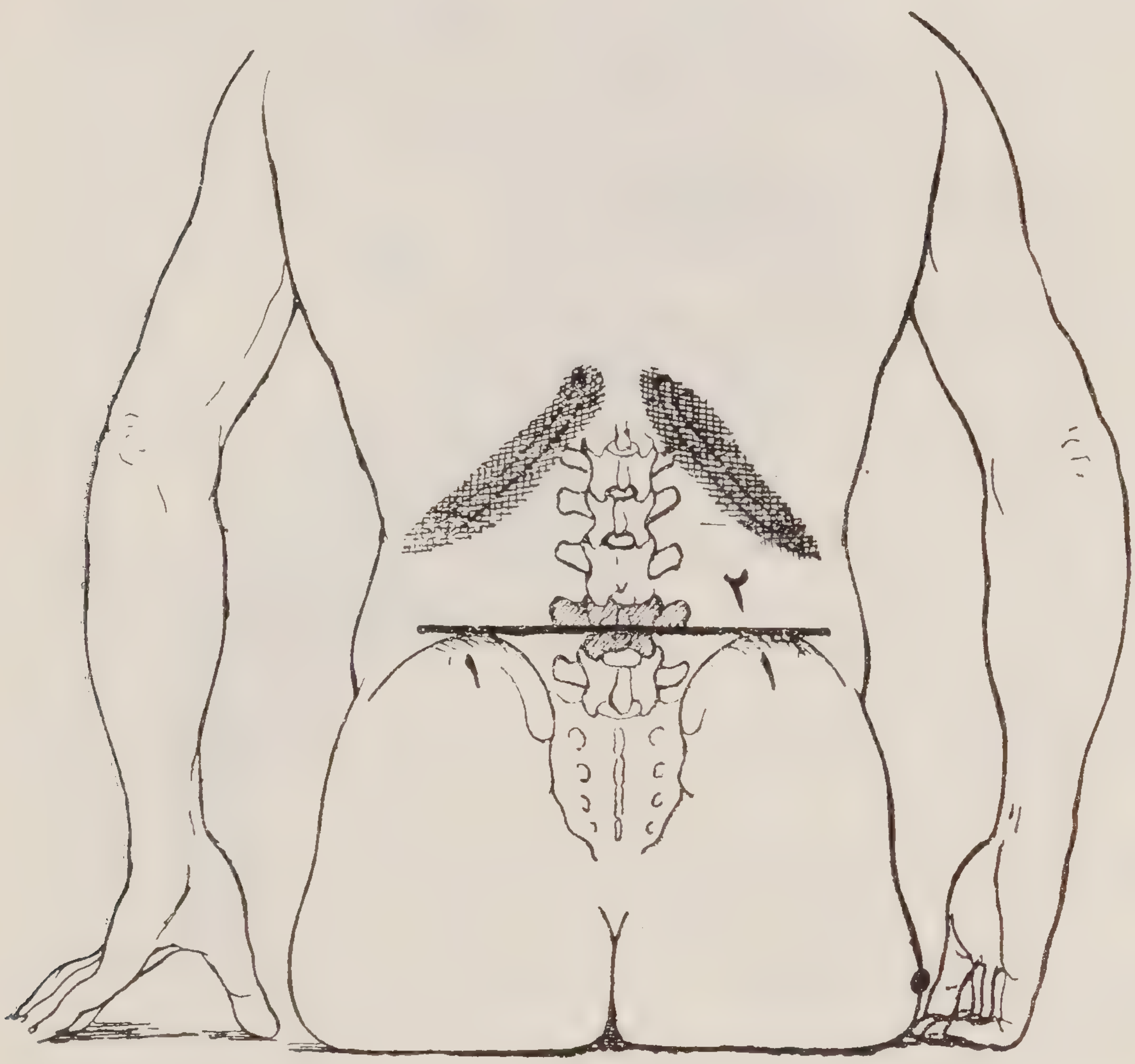
شكل (٣)

جزء من العمود الفقارى . ومنه يتضح لك أن النخاع الشوكي ممتد الى منتصف الفقرة القطنية الثانية وأن الكيس العنكبوتى يمتد الى الفقرة العجزية الثانية

قد تعمل الحقنة في المسافة مابين الفقرة الظهرية الثانية عشرة والعجز وأغلب الجراحين لاينصحون بعملها أعلى من ذلك وهم يرون أن الحقنة كلما كانت إلى أسفل كان الخطر من شلل النخاع المستطيل بعيداً ولذلك يمكنك ادخل الابرة ، آمنا مطمئناً ، فى أسفل الفقرة القطنية الثانية أي فى المسافة القطنية الثانية أو الثالثة أو الرابعة أى مابين الفقرة القطنية الثانية والثالثة أو مابين الثالثة والرابعة ، أو مابين الرابعة والخامسة. فاذا عملت فى المسافة الثالثة أو الرابعة كان الامان أكثر والاطمئنان أتم

ويدلك التشريح أيضاً. على أن الخط الذي يوصل مابين أعلى العرفين الحرقفيين يمر إما بالشوكة القطنية الرابعة أو بالمسافة القطنية الثالثة .

فالمسافة العليا للشوكة القطنية التي يمر عليها هذا الخط هى خير موضع للحقنة كما ترى في الشكل



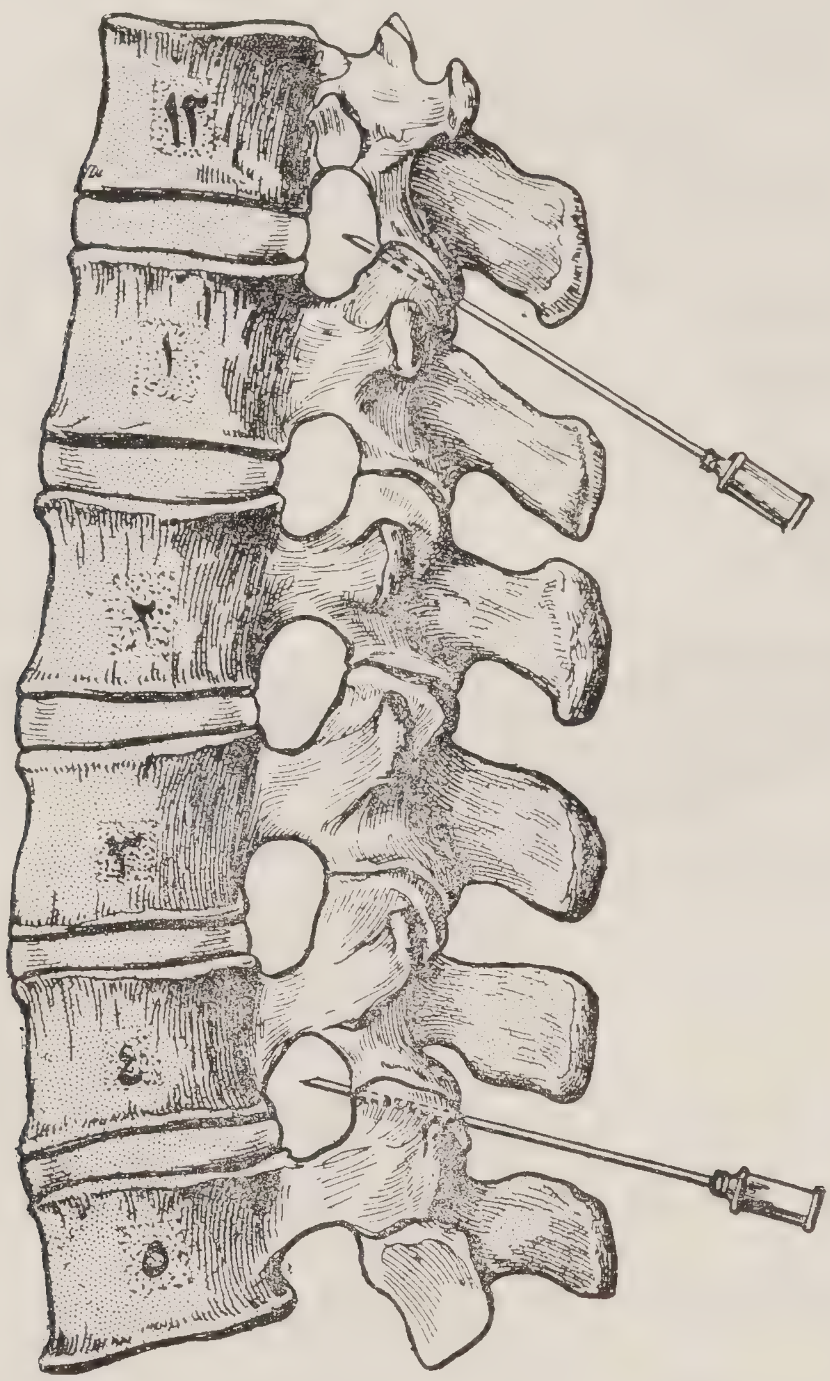
شكل (٤)
ومنه يتضح لك الخط الذى يوصل مابين أعلى العرفين الحرقفيين

ومن الجراحين من يعمل الحقنة للتخدير للعمليات التى تكون فى مستوى السرة أو أعلى منها فى المسافة مابين الفقرة الظهرية الثانية عشرة والفقرة القطنية الأولى أو فى المسافة مابين الفقرة القطنية الأولى والفقرة القطنية الثانية وينصح جونسكو [1] وهو من أنصار الحقن فى المسافات العليا بحقن نصف مقدار المخدر فى موضع والنصف الآخر فى موضع آخر ويرى بعضهم من مقلديه أن يحقن نصف القدار فى المسافة مابين الفقرة الظهرية الثانية عشرة والفقرة القطنية الأولى . وأن يحقن النصف

---

(١) Jonnesco

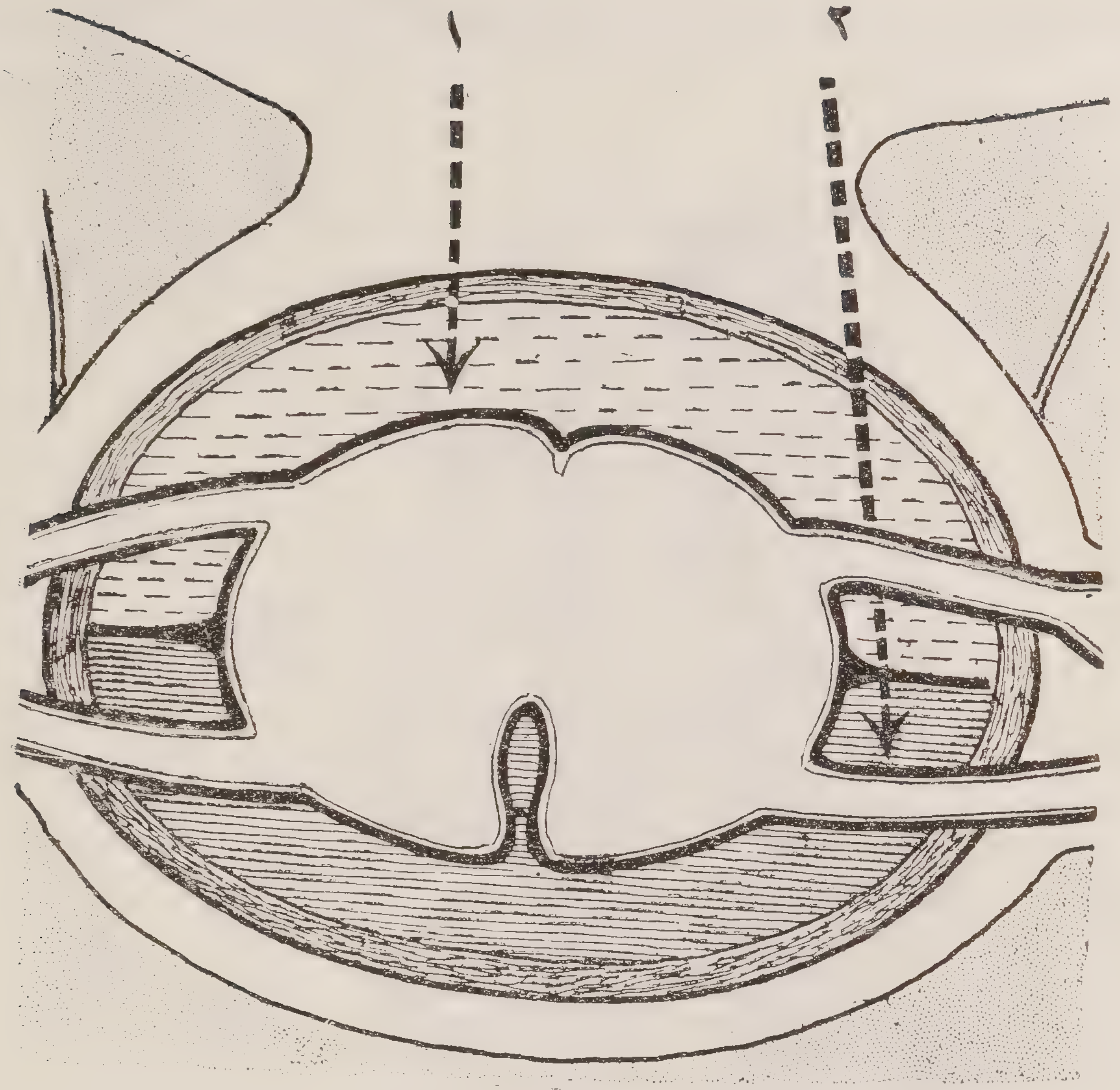
الآخر فى المسافة ما بين الفقرة القطنية الرابعة والفقرة القطنية الخامسة على نحو ماترى فى الشكل



شكل (٥)

طريقة عمل نصف الحقنة في الجزء العلوي والنصف الثاني فى الجزء السفلى

وليعلم الجراح أن من المهم جداً ، فى الحقن فى المسافات العليا ، وقف الابرة متى وصلت الى التجويف العنكبوتى وذلك لسببين. فاما السبب الاول فهو اتقاء وخز النخاع ، وأما السبب الثانى فهو إدخال المخدر فى النصف الخلفى من التجويف العنكبوتى ، وهو النصف الخاص بالاحساس وهو النصف لمنعزل من النصف المعدم الخاص بالحركة باستطالات ليفية هى استطالات الرباط المسنن كما ترى فى الشكل



شكل (٦)

وفيه السهم رقم ١ يدل على النصف المقدم والسهم رقم ٢ يدل على النصف الخلفي

وهو التشريح أيضاً الذى يهديك سواء السبيل ، فى أثناء ادخالك الابرة فى المسافة ما بين الشوكتين . وذلك لان الابرة لابد أن تسير فى هذه المسافة حتى تصل إلى الحاجز الليفى الذى يسمى بالرباط الاصفر ، والذى يستر الفتحة التى لا بد أن تسلكها الابرة للوصول إلى التجويف العنكبوتى . وهذه الفتحة على شكل قوس قائمتاه النتوءان الفصليان السفليان من الفقرة القطنية العليا ، ويكون هذا القوس من الفقرة القطنية التى تكون أعلى المسافة ما بين الشوكتين . وتزداد هذه الفتحة اتساعاً من أعلى إلى أسفل .

وللإهتداء إلى هذه الفتحة أو هذا القوس يكفي أن تسير الابرة والحافة العليا[١] للشوكة الفقرية التى تحد المسافة التى اختيرت من أسفل

ولزيادة الإيضاح أقول أن المسافة ما بين الشوكتين التى يختارها الجراح

---

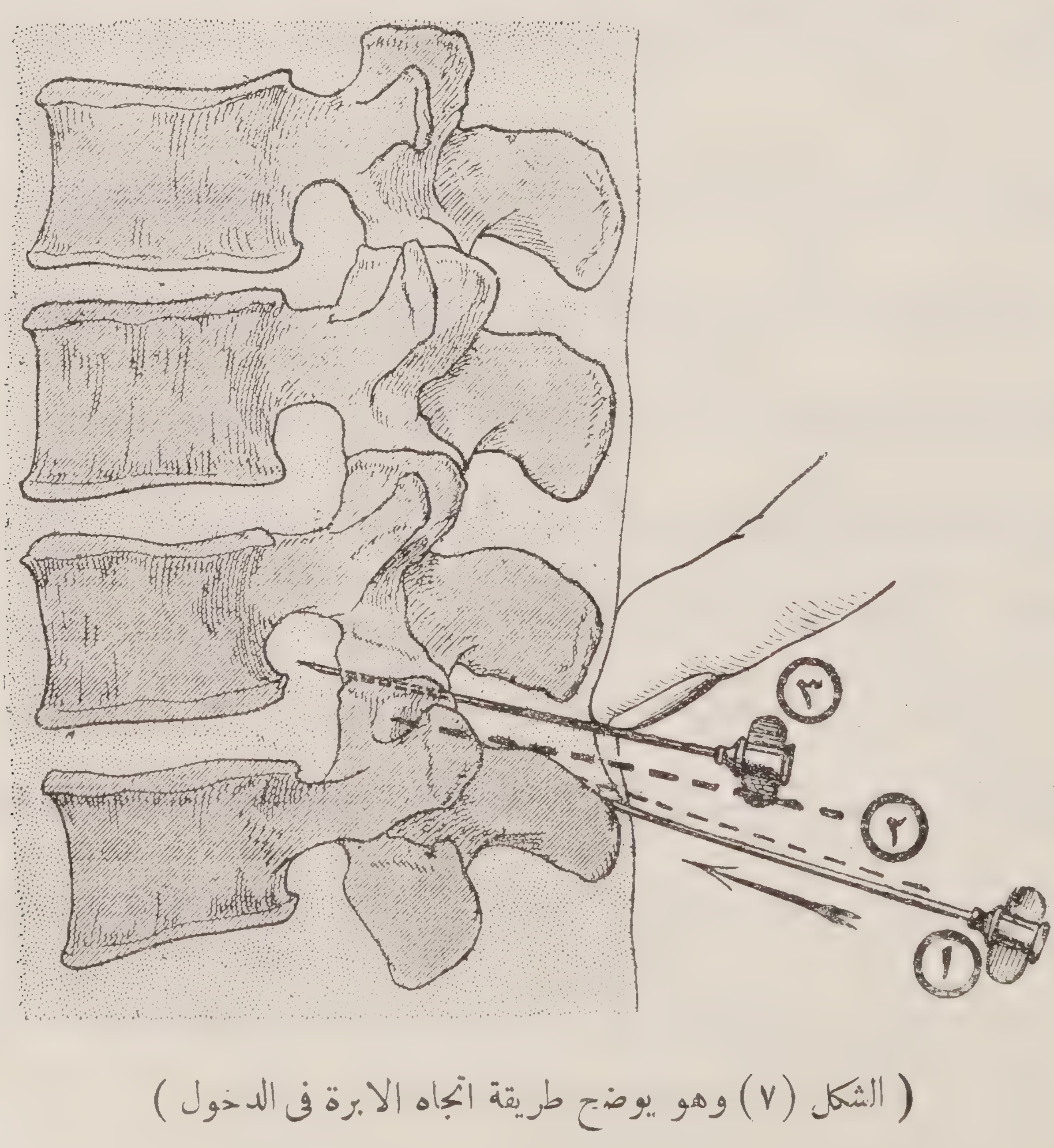
(١) الواو هنا واو المعية نحو قولك سرت والنيل

لادخال الابرة خلالها يجدها من أعلى شوكة فقرية ومن أسفل شوكة فقرية ، ولكي تصل الابرة إلى الفتحة يجب أن تساير الحافة العليا للشوكه الفقرية السفلى · فالحافة العليا للشوكه الفقرية السفلى توصل الابرة إلى قاعدة القوس أو الفتحة . وقاعدة القوس أوسع جزء فيه ، وبذلك تكون أسهل اختراقا.

وهو التشريح أيضاً الذى يعلمك أن السطح العلوى للشوكة الفقريه القطنية يكون افقياً فى الفقرتين الرابعة والخامسة ويكون صاعدا قليلاً فى الاولى والثانية والثالثة

ومن المهم أيضا أن أذكر لك أن السطح العلوى للشوكة الفقرية القطنية يستدير تدريجاً وهو يتجه إلى قمه الشوكة وهو الجزء الذى يتلمسه الجراح ببنانه أى طرف اصبعه وهو يحاول الاهتداء إلى موضع ادخال الابرة

والكي تسير الابرة والسطح العلوى للشوكة الفقرية يجب أن يحسب الجراح حساب الاستدارة التى ذكرت ، وكذلك يجب أن تخترق الابرة أعلى هذه الاستدارة التى يحسها الجراح باصبعه نحو ثلاثة مليمترات أو أربعة . انظر الشكل (٧)



(الشكل (٧) وهو يوضح طريقة اتجاه الابرة فى الدخول)

والسطح الذى يجب أن تسايره الابرة الداخلة هو السطح العلوى ، وهو فى الفقرة القطنية الاولى والخامسة أقصر منه فى الفقرات المتوسطة أى الفقرة الثانية والثالثة والرابعة ، ذلك لانه فى العليا والسفلى يبلغ ثلاثة سنتيمترات وفى الفقرات المتوسطة يبلغ ثلاثة سنتيمترات ونصف سنتيمتر

ولتقدير ما يمكن أن تخترقه الابرة من العمق بالتقريب حتى تصل إلى التجويف العنكبوتى يجب أن تضيف الى طول سطح الشوكة الفقرية مقدار سمك الجلد والمنسوج الخلوى الدهنى الذى تحته بالتفصيل الآتى :

اذا وخزت الابرة فى المسافة العليا كان عليها أن تخترق سمك الجلد والمنسوج الخلوى الذى تحته وطول سطح الشوكة الفقرية العليا أى ثلاثة سنتيمترات

واذا وخزت الابرة وخزا متوسطاً كان عليها أن تخترق سمك الجلد الخلوى الذى تحته وطول سطح الشوكة الفقرية القطنية المتوسطة أى ثلاثة سنتيمترات ونصف سنتيمتر .

واذا وخزت الابرة فى المسافة السفلى كان عليها أن تخترق سمك الجلد الخلوى الذى تحته وطول سطح الشوكة الفقرية القطنية السفلى أى ثلاثة سنتيمترات

فاذا اصطدم طرف الابرة بعظم بعد اختراقها نحو ثلاثة سنتيمترات أو أربعة فقد اصطدم باحدى قائمتى القوس الذى يجب ان تنفذ اليه للوصول الى التجويف العنكبوتى ووقتئذ يجب أن يتدبر الجراح اتجاه الابرة ليعرف باى قائمة اصطدمت ثم ليسحب الابرة نحو سنتيمتر وليقوم الاتجاه ثم يدفعها مولياً طرفها نحو الخط المتوسط لكى تصل إلى الفتحة . وكلما كان الوخز فى المسافات السفلى كانت فتحات القوس أوسع وأسهل اختراقا ؟

ملاحظات
عن الجديد فى تشخيص وعلاج أمراض الكلى

تعريب محاضرة الاستاذ ريشاردبور من جامعة فينا

تقدمت معلوماتنا كثيراً عن أمراض الكلى خصوصا فى السنوات الثلاثة الماضية . وذلك راجع الى توفر الملاحظات الأكلينيكية وكثرة المباحث الباثولوجية وتحسين طرق بحث وظيفة الكلى . وأصبحت الأمراض الالتهابية الكاوية تقسم كالآتى :

(١) الالتهاب الكاوى Nephritis

(٢) الالتهاب الكاوى التوكسينى Nephrosis

(٣) تصلب الكلى Sclerosis

(١) الالتهاب الكاوى يكون موضعه دائماً جمع الكاية Glomerali ويمكن تمييز ثلاثة ادوار او درجات للمرض — الأول الدور الحاد. الثانى تحت الحاد غير المصحوب باختلاف فى وظيفة الكايه . الثالث انكماش او ضمور الكايه

(٢) الالتهاب الكاوى التوكسينى وينتج عن مرور التوكسينات او السموم التى تفرزها الميكروبات لا الميكروبات نفسها

(٣) تصلب الكلى ويسمى خبيثا اذا كانت الأوعية الدموية الصغيرة قد تأثرت بالمرض وحميداً اذا كانت الاوعية الكبيرة هى التى اصابها المرض

عند فحص مريض يجب عدا فحص وظيفة الكلى الاعتناء بفحص المريض نفسه فحصا كاملا بما في ذلك جس الكليتين وكذلك الكشف عن الزلال فى البول يجب ان يعمل من عينات مختلفة يؤخذ بعضها والمريض فى الفراش وبعضها وهو منتصب حتى لا تفوتنا حالات الزلال الانتصابى Orthostatic albuminuria

كذلك ينبغى اختبار مقدرة الكلى على افراز الماء مع ملاحظة انه فى بعض حالات غير مرضية يكون الأفراز اقل او اكثر من المتوسط الصحى مثل بعض حالات النيوراستانيا

اختبار وظيفة الكلى بواسطة تعاطي اليود مفيد ايضا على ان لاتعتبر النتيجة منافية لسلامة الكلى الا اذا زادت مدة الخروج عن ٥٠ ساعة وقد يقف الخروج لمدة ساعتين احيانا ثم تستأنف الكلى عملها ثانياً

وهناك فحص آخر قد يفيد كثيراً وهو معرفة التنقل النوعى لمصل الدم . ويمكن قياس ذلك بميزان البول العادى Urinometer ويلاحظ ان النقل النوعى للمصل فى الجسم السليم يكون حوالى ١٠٣٠ وفى حالات الأوذيما او التورم يهبط الى ١٠٢٨ وقد يصل الى ١٠١٨ ونحن نمنع خروج المريض من المستشفى قبل ان يصل الثقل النوعى لسيروم الدم عنده الي ١٠٢٧ ولا نعده شفى الا اذا وصل الى ١٠٣٠

وهناك اختبار آخر ينسب الي الاستاذ امبارد والأصل فيه وجود نسبة ثابتة بين كمية اليوريا Urea فى الدم والكمية المفرزة فى البول ويمكن الرمز الى ذلك بالطريقة الآتية

$$\frac{\text{كمية اليوريا فى الدم (فى اللتر)}}{\sqrt{\text{كمية اليوريا في بول ٢٤ ساعة}}} = \text{ك} = \text{حوالى ١ ٪}$$

ولمن اراد زيادة الايضاح الرجوع الي كتاب الاستاذ امبارد ومقالات ريشارد بور

وهذا مثل من حالة فرضية

كمية اليوريا فى لتر من الدم = ٤٠ ر جرام

« « فى بول ٢٤ ساعة = ١٦ر٠ جرام

حينئذ ك = $\frac{٠ر٤٠}{\sqrt{١٦}}$ = $\frac{٠ر٤٠}{٤}$ = ٠ر١٠ وهو الطبيعى

فاذا زاد فى كمية اليوريا فى الدم الى الضعف مثلا اى الي ٠ر٨٠ فى اللتر وجب ان تفرز اربعة اضعاف السابق افرازه في البول لكى يحفظ التوازن اى ينبغي ان تفرز الكلى حوالى ٦٤ جرام من اليوريا فى ٢٤ ساعة

اما فى حالات التسمم البولي (uremia) فان مقدار اليوريا فى الدم يرتفع ولا تقابله زيادة فى الافراز وعلى ذلك ترتفع النسبة المرموز لها بحرف ك فى المثال السابق من ٠ر٢ مثلا الى ١ر٥ فى بعض الحالات

وقد اصبحنا الآن نميز خمسة انواع او حالات للتسمم البولى

الاولى التسمم البولى المصحوب بتشنجات (اكلاميسية أو التشنج النفاسى) وهذه الحالات ليست فى الحقيقة تسمما باليوريا بالمعنى الصحيح لأن كمية اليوريا فى الدم لاتكون زائدة عن الطبيعى اما التشنجات فسببها الحقيقى اوذيما المخ وتتحسن حالة المريض فى بضع ايام ببزل الحبل الشوكي فى القطن او الفصد. والعلاج المعروف لنا جميعا كحقن الكافين والمعرقات وحمامات الماء الساخن وتقشير الكلى الخ والانذار على العموم جيد

الثانية التسمم البولى الجاف اى غير المصحوب باوذيما أو تشنجات وتكون اهم ظواهره القئ والاسهال والغثية وازدياد ضغط الدم ونجد كمية اليوريا فى الدم مرتفعة جداً والانذار فى هذه الحالات ردئ

الثالثة الحالات المختلطة. حالات بين الشكل الأول والثانى اي ان بها بعض اعراض الحالات الاولى وبعض أعراض الحالات الثانية

الرابعة التسمم البولى الكاذب (Pseudo-uremia) وهى حالات تكون الاعراض المرضية فيها نتيجة تصلب الشرايين فى المخ وليست نتيجة التسمم البولى

وقد تصحبها تشنجات وتكون كمية اليوريا فى الدم غير زائدة

الخامسة التسمم البولي نتيجة استسقاء الكلى او تعميمها . كذلك قد ينتج عن تحول الكلية الى حويصلات Cystic Kidney واهم مظاهر هذه الحالات ارتفاع كمية اليوريا فى الدم وعدم ارتفاع ضغط الدم

اما اخطار مرضى الكلي فتنتج من : —

الأوذيما — التسمم البولى — نزيف المخ — فشل القلب وهناك اختبار ذو قيمة لمعرفة وجود حالة التسمم البولى وهو اختبار وجود الانديكان Indican ولأجل عمل هذا الكشف

خذ ٢ سنتيمتر من مصل المريض

اضف اليه ٢ سنتيمتر من ماء مقطر و ٤ سنتيمتر من محلول ثالث كلورور الخليك بنسبة ٢٠ ٪

رشح هذا المزيج واضف اليه بعد الترشيح نقط كؤول التيمول بنسبة ٥ ٪ ثم اضف اليه كمية متكافئة من سائل أبرماير وبعد بضع دقائق اضف اليه بضع سنتيمترات من الكلوروفوم واخلطه جيداً و بعد ساعة اقرأ النتيجة فاذا كان السائل تكوّن باللون البنفسجى فذلك دليل على وجود حالة تسمم بولى

ملاحظة أخرى قد تفيد فى حالات الالتهاب الكلوي وهى أن الكريات الدموية الحمراء تكون أسرع رسوباً فى محلول سترات الصودا مثلا فى الحالات الكلوية منها فى الحالات السليمة

خذ ٣ سنتيمتر مكعب من الدم وامزجه بـ ١/٢ سنتيمتر من محلول سترات الصودا ٣/٨ فى المائة

ضع هذا المزيج فى ماص رفيع بحيث يكون للسنتيمتر المكعب ٢٠٠ ملليمتر طول ففى الحالات السليمة تهبط الكرات الحمراء فى هذا الخليط ٣ ملليمترات فى الساعة

فى الذكور و ٧ الى ٨ ملليمتر للاناث أما فى الحالات الكلوية فالرسوب يكون حوالى ٣٠ الى ١٠٠ ملليمتر فى الساعة وقد يشاهد مثل هذه السرعة فى الرسوب فى حالات السل المتقدمة والضعف الشديد

اختبار آخر للتفريق بين الحالات الكلوية والسليمة

امزج مقادير متساوية من مصل المريض ومحلول ملح الطعام المركز ففى حالات الاكثلاء ينتج راسب كثيف مكون من ملبيولن وفبيرنوچن بعد دقيقتين وفى الحالات السليمة تتكون سحابة خفيفة فقط

ازدياد ضغط الدم ظاهرة قد تنتج عن حالات مرضية مختلفة ففى أغلب الأحيان تكون نتيجة تصلب خبيث فى الكليتين واحيانا تكون ناشئة عن تصلب شرايين الأمعاء والبنكرياس وهناك نوع آخر من الضغط نعتقد أنه أولى أى ليس نتيجة حالة مرضية أخرى essential hypertonea ويكون منشؤه حينئذ تقلص فى الشرايين دون وجود تصلب بها ومن رأيى أن مثل هذا التقلص فى نفسه قد يحدث ارتفاعاً فى ضغط الدم ولكن بتوالى هذا التوتر تنشأ حالة تصلب فى الشرايين خصوصاً فى شرايين الكلى وتكون نهاية كثير من هؤلاء المرضى التسمم البولى اذا لم يدركهم النزيف المخى

اصابة الكلى بالسفلس من الحالات التى يصعب تفسيرها وهى على كل حال نادرة الحصول على أنه مما لايشك فيه أن السفلس قد يحدث التهاباً كلوياً توكسينياً بما يفرزه من السموم

ويندر جداً أن ينتج عن الزهرى التهاب كلوى حاد فالمشاهد انه قد يصحب الدرجة الثانيه للزهرى التهاب كلوى توكسينى مع اوذيما شديدة وزلال كثير فى البول ولكن يندر جداً أن نشاهد النوع الآخر المصحوب بوجود الدم فى البول الخ

ولا يكون ضغط الدم زائداً كثيراً . على أنه اذا أزمن مرض الزهرى فقد ينشأ عنه الحوؤل النشوى فى الكلى Amylorid degener وتكون الأعراض

زلالا بكثرة فى البول. اوذيما . ضغط دم غير مرتفع . عدم وجود تضخم فى القلب ولا تسمم بولي — ويكون التفاعل فى مثل هذه الحالات إيجابى فى الدم وكذلك فى البول المتعادل التفاعل اما أن الزهرى قد يحدث فى آخر الامر الألتهابات الكلوية المزمنة التى تنتهى بضمور الكلية فمما لم يقم عليه برهان بعد . كذلك لم يتحقق الزعم بان تصلب الكلى الخبيث هو نتيجة اصابة زهرية ولاشك اننا نشاهد حالات ليست بالقليلة يكون ضغط الدم فيها مرتفعا جدا فى سن الشباب دون وجود اى اعراض زهرية

والآن اذكر لكم طريقة تعد حديثة فى علاج بعض الحالات الالتهابية الكلوية اعنى شق محفظة الكلية ليس فقط فى الالتهاب الحاد بل حتى في الحالات المزمنة المتقدمة فى المرض كالدرجة الثانية من التهاب جمع الكلى والرأى فى المانيا ان هذه الطريقة ناجحة ولو انى فى البضع حالات التى شاهدتها لم أقطع بفائدتها

اما علماء الاشعة فلهم رأى آخر وهم يعتقدون انهم يعالجون مثل هذه الحالات ويحصلون على مثل النتائج التى نحصل عليها بعملية شق محفظة الكلية . بتعريض الكلى للأشعة بمقادير معلومة وخصوصا فى الزنق الكلوى

وقد جربت هذه الطريقة فكانت مفيدة فى بعض الحالات وغير مجدية فى حالات اخرى ورأيى انه ينقصنا كثير من المعلومات لتقرير اى الحالات تكون الاشعة او العملية افيد فيها

ملاحظة — هناك اختبار مفيد لفحص وظيفة الكلى ويسمى اختبار تيورو وضعه الدكتور بيرى مساعدى فى الكلية

خذ انبوبة بها ١٠ سنتيمتر من محلول نيوسلفات ١٠ ٪ وتجدها مجهزة فى محل كيموسو فى فينا

احقن مافى هذه الانبوبة فى وريد المريض

والفحص البول لمعرفة كمية الثيوسلفات المقررة فيه ففى الحالات الطبيعية يفرز ٣٠٠ مليجرام فى ثلاث ساعات اي ٣٠ ٪ من الثيوسلفات المحقون فى المريض اما فى حالات الاكتلاء فيكون الافراز فى ثلاث ساعات بمقادير اقل مثلا من ٢٥ ٪ الى صفر ٪

عيادة الاستاذ على بك ابراهيم

استئصال الرحم جزئيا لورم لحمى (ميومة)

آمنة عمرها ٣٥ سنة تزوجت من ستة شهور وأجهضت فى رابع شهر وقدا عقب الاجهاض ألم فى البطن يبتدىء فى الحوض ويصحبه مغص معوى (قولنج) إزداد الألم وجاء دور قئ صفراوى ثم ظهرت عليها ظواهر مرض بطنى حادالأمر الذى اضطرها لاستشارة طبيب بدون جدوى . جاءت للاكلينيك فى دور هدوء وبالكشف عنها وجدنا ورما فى البطن خرج من الحوض بحجم حمل فى الشهر السادس . كان من السهل تحريك الورم تحريكا خفيفا ولكن ظهر انه ملتصق بما جاوره من الاعضاء . الصورة الاكلينيكية مع الاعراض والعلامات والتاريخ المرضى صورت امامى ورما ناشئاً عن كيس مبيضى ملتو ولكن العملية أظهرته ميومة صغيرة ملتوية خارجة من رحم ذى ميومات كثيرة

العملية ! ـ فتحنا البطن بالطريقة المعتادة فوجدنا ورما كبيراً مركبا من جزأين جزء سفلى هو رحم ذو ميومات ملأ الحوض تقريبا وجزء علوى هو ميومة ثانوية خرجت من تحت البريتون الكاسى للميومة الاصلية ولها عنق التوي وسبب الأعراض المذكورة أعلاه

استؤصل اغلب الرحم وقفل الجرح الذى التأم بالقصد الأول وغادرت المستشفى فى نهاية خمسة عشر يوما .

علاج القرحة المعدية والعفجية

(للدكتور محمد عبد الحميد بك)

ربما كان علاج القرحة المعدية والعفجية من أصعب ما يعانيه الطبيب ، ذلك لان العلاج يتشعب الى طريقين مختلفين هما الطريق الدوائى والطريق الجراحى ولا يدرى الطبيب ، بعد طول البحث والاستقراء فى الكتب والمجلات ، ايهما يتبع ، وأيهما اهدى سبيلا الى الشفاء الذى ينشده المريض والطبيب معا . ولا ريب ان الطبيب المعالج معذور كل العذر ، فى هذه الحيرة ، لان الطبيب المتوفر على الامراض الباطنية والجراح لم يتفقا على رأى ولم يسلكا مسلكا واحدا . وسيظل الطبيب المعالج فى حيرته لايدرى بايهما يقتدى الى ان يتفقا على رأى وتتجانس وجهتا نظرهما .

وليس الطب كالفقه الاسلامى يجد المسلمون في اختلاف أئمته الاربعة رضى الله عنهم رحمة تخرجهم من العسر الى اليسر فى اثناء تطبيق احكام الدين . أما الرحمة فى الطب ففى اجماع أئمته على رأى . ألا تشعر بالراحة من توحيد كلمتهم واجماعهم على علاج السفلس بالزئبق ، وفقر الدم بالحديد والزرنيخ ، والملاريا بالكينة ؟ الا تشعر بالراحة لاتفاقهم على علاج البول السكرى علاجا دوائيا ، وعلى علاج الخراج الحاد علاجا جراحيا بالمشراط ؟ وكذلك التهاب الزائدة الدودية فالكل مجمع على طريقة علاجها . أما القرحة سواء أكانت معدية أم عفجية فعلاجها يجرى مجرى ميل الطبيب المعالج ، فهو دوائى ان كان يميل الى الامراض الباطنية ، وهو ان كان يألف الجراحة ويتعشقها .

ولا شك أن هذه حالة غير مرضية . فمن ذا الذى يقول بعلاج جميع الاحوال بالطريقة الجراحية ، ومن ذا الذى يقول بعلاج جميع الاحوال بالطريقة الدوائية ؟

والصعوبة كل الصعوبة فى تقسيم الاحوال وتمييزها حسب الدلالات التى تبين الطريقة التي يجب ان تتبع . فمن ذا الذى يعارض من الاطباء فى علاج الاحوال التى ظهر فيها ضيق فى فتحة البواب بعملية جراحية ؟ ومن ذا الذى يعارض من الجراحين فى علاج الاحوال البسيطـة التى لم تتضاعف بنزف ، أو نقص فى وزن الجسم أو يصحبها ألم شديد أقول من ذا الذى يعارض من الجراحين فى علاج هذه الاحوال علاجا دوائيا ؟

فاذا عرفنا ذلك فكيف يعين الحد الفاصل بين الطبيب والجراح ؟ يجب تعيين هذا الحد بغير أن يكون الطبيب من المحافظين فيؤخر تحويل مريضه الى الجراح حتى يصبح على شفا جرف هار ان لم يكن منحدرا فى الهاوية . يجب معرفة هذه الاحوال وارسالها الي الجراح بغير تمهل

اما ما بقى فيعالج علاجا دوائيا .

وقبل التبسط في شرح هذا العلاج يصح ان أشير الى المذهب الذى يقول بنشوء هذه القروح عن بؤرة عفنة كنخر الاسنان ، وتقيح اللثة ، والتهاب الزائدة الدودية ، والتهاب اللوزتين اشير الى ذلك لضرورة التخلص من هذه البؤرة قبل البدء فى العلاج سواء أكان دوائيا أم جراحيا . ولذلك يلزم تطهير الفم واستئصال اللوزتين ، والنظر في احتمال وجود التهاب مزمن فى الزائدة الدودية أو التهاب رحمى عفن . فعلاج هذه الاسباب من اسباب نجاح العلاج نجاحا كاملا .

فلنرجع الى الاحوال التى يجب ان تعالج علاجا جراحيا ، وهى أولا ، الاحوال التى ازمنت فالتحمت القرحة وأحدثت ضيقا فى فتحة البواب يمنع مرور الطعام ، بضع ساعات أو بضعة أيام ، ويصحبه ألم وقئ ، أو احدثت ضيقا يجعل المعدة كالساعة الرملية . ولاشك أن من العبث العابث أن نحاول علاج هذه الاحوال بالادوية أو الاغذية .

ويعالج علاجا جراحيا أيضا ، تلك الاحوال التى طال تاريخ مرضها ودل على تحسنها أحيانا ، وانتكاسها احيانا أخرى بالرغم من العلاج الدوائى المنظم ، والذى ظهر فيها من فحصها بالاشعة تقرح غائر منخسف ينساب الي الكبد أوالى البنكرياس ولابد من العناية التامة لتعيين هذا النوع من الاحوال لان العلاج الدوائى المنظم كثيرا ما يتلخص فى تحديد الغذاء بضعة أسابيع مع استعمال بيكربونات الصودا ثم التوسع فى الغذاء مع بقاء عفونة الفم ومواصلة التدخين مما يؤدى الى الانتكاس . فالعلاج الدوائى الذى يكون بهذه الطريقة — واغلبه بهذه الطريقة — مضمون فشله . ومثل هذه الطريقة بعد العلاج الجراحى مضمون فيها فشل العلاج ايضا فان لم نتحقق من أن العلاج الدوائى كان منظما كاملا فلست في حل من الالتجاء الى الجراحة .

أما الفئة الثالثة التى يجب أن تعالج علاجا جراحيا فهى تلك الاحوال المزمنة التى يظن فيها السوء اذ يعتريها الخبث

فهل أدلك على الفئة الرابعة ؟ انها تتألف من المرضى الذين لا ينفعهم العلاج الدوائى إما بسبب غباوتهم واما بسبب اهمالهم . وقد يزهد الجراحون فى هؤلآء المرضى زهد الاطباء فيهم وما أظن أننا ننسى ذلك المريض الذى يأبى الراحة ولا تطمئن نفسه اليها وقلبه على وشك الاضراب عن الضرب من الهبوط ، ولا ذلك المسلول الذى يظل يعرض اسرته لخطر التلوث ببصاقه بالرغم من تحذيره المرة بعد المرة . وكذلك نجد بين أحوال القروح المعدية والعفجية من لا يمتثل للاوامر ولا يزيده النصح الا ضلالا . ومن الصواب اجتناب مثل هؤلآء المرضى للعلاج الجراحي وقد يكون عدم امتثال المريض للاوامر ناشئا عن ان طبيبه لم يفهمه خطر مرضه وضرورة التداوى مع طول البال وشدة العناية .

فاذا عزلنا للجراح نصيبه من المرضى على نحو ما ذكرنا فالباقى هو نصيب الطبيب . واليك خطته فى العلاج :

(١) التخلص من بؤرة العفونة كما تقدم

(٢) تغـذية المريض بغـذاء وان يكن كافيا إلا أنه يشترط فيه ألا يحرض حركات المعدة والبواب والعفج الا أقل مايمـكن

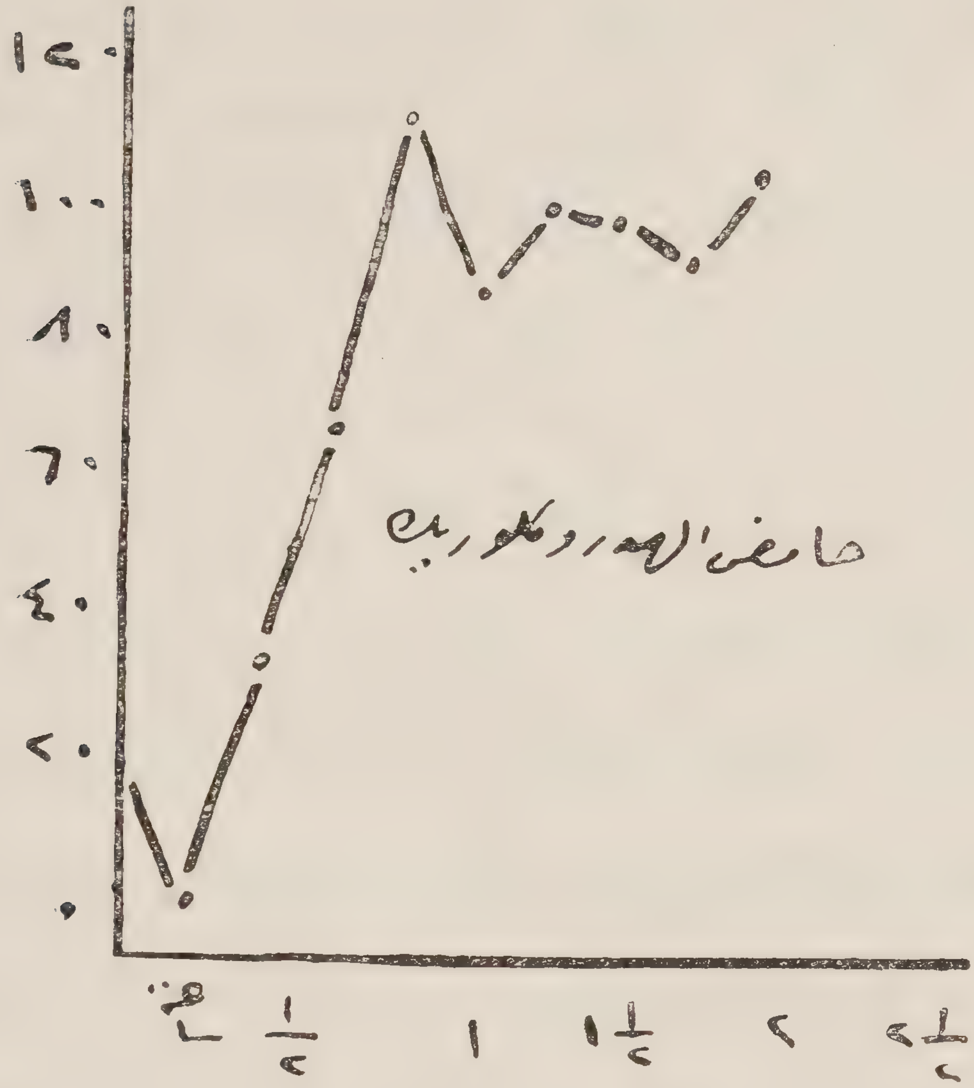
(٣) العمل على تقليل الافراز المعدى الحامض بقدر الامكان وهو أكبر عامل فى منع التحام القرحة .

اختيار الغذاء

يقال إن المعدة عقب أى أكلة اعتيادية تنقبض أكثر من ألف مرة انقباضا دوديا لتفريغ الشحنة التى فيها إلى العفج أى الاثنى عشرى . وليس من الصعب أن ندرك تأثير مثل هذا الانقباض في سطح متقرح ومن الصعب جداً أن تلتحم قرحة مع هذه الحركات . ومن السهل التغلب على هذه العقبة إذا أدركنا أن سبب الحركات الدودية التى تحدث فى المعدة هو مخض محتوياتها حتى تصير هـذه المحتويات سائلا . فاذا وصفنا للمريض طعاما سائلا فقد خففنا العبء على المعـدة كثيراً . ويكون التخفيف أكثر اذا أمرناه بتناول السائل بمقادير صغيرة متكررة لأنه إذا تناوله بمقدار كبير بقى فى المعدة زمنا طويلا لأنه لايمر من المعدة إلى المعى إلا قليلا قليلا .

هذا إلى أن من الضرورى أن لايعطى المريض من الطعام إلا ما كان سهل الهضم ولايقتضى افرازا معديا كثيراً . ولذلك يجب أن نتحاشى المواد النتروجينية وخلاصة اللحم لأن كل ذلك مما يحرض الافراز المعـدى ، ونقتصر على المواد النشوية السكرية والمواد الدهنية مع أقل مايلزم من المواد النتروجينية . ولنستبعد من الغذاء الخضروات التى يكون السيلولوز فيها غزيراً لانه من أصعب المواد هضما

بقى علينا أن نشرح طريقة التخلص من زيادة الحموضة المعدية



شكل (٨)

أمامك الشكل يوضح لك شدة حامض الهدروكلوريك الخالص فى معدة مريض بعد طعام الاختبار بأزمنة مختلفة وكان المريض ممعودا منذ خمسة عشر عاما يشكو آلاما متكررة بعد الطعام . وهذه الآلام مكثت شهوراً كثيرة ثم تحسنت ثم عادت ودل التاريخ على اصابته بقرحة فى العفج ، واتضح من فحص الأشعة انه مصاب بقرحة فى العفج على بعد قيراط من فتحة البواب ، وكانت القرحة غائرة منخسفة . ويدل الشكل على شدة الحموضة المعدية . وليست هذه الحالة قياسية ، لأن درجة الحموضة فيها أشد منها فى الأحوال القياسية . ففى الرجل السليم لاتزيد درجة الحموضة المعدية عنده بعد طعام الاختبار عن خمسين وأغلب المصابين بقرحة فى العفج تزيد درجة الحموضة المعدية عندهم عن خمسين . ومنهم من يتجاوز هذه الدرجة تجاوزاً شديداً كالمريض الذى نحن بصدده . فاذا أردنا أن نهيء للقرحة

سبل الالتحام كان من الواجب علينا أن نعطى المريض أدوية تعادل حامض الهدروكلوريك الخالص فى المعدة معادلة كاملة مستمرة

ولعل أنفع مالدينا من الادوية لهذا الغرض هو الاتروبين. وسواء أعطيته المريض بشكل سلفات الاتروبين محلولا فى الماء ، أم بشكل صبغة بلادونا ممزوجة بالماء فانه إذا لامس الغشاء المخاطى المعدى شل أطراف أعصاب الافراز وقلل افراز الحامض تقليلا واضحاً . وليس ينفع هذا الدواء إذا استعمل عقب الطعام لأنه لايصل إلى الغشاء المعدى تماما . ولذلك يستحسن أن تعطيه المريض عند قيامه من النوم فى الصباح بمقدار عشر نقط أوخمس عشرة نقطة من صبغة البلادونا فى قدح من الماء وبذلك يؤثر في سطح كبير من المعدة

وبعد ذلك يمكن أن تستعمل أنواع القلى المختلفة لمعادلة ماعساه يفرز من المعدة بعد وصول الطعام اليها . وهذه يجب أن تعطى بعد تناول الطعام لأنك ترى من الشكل ان أشد درجات الحموضة يحدث بعد أن يحرض الطعام الافراز المعدى ، وبعد أن يبطل عمل الطعام في تخفيف الحموضة أو امتصاصها

وماعسى أن ينفع من أنواع القلى المختلفة ؟ والجواب يحتاج إلى شيء من الشرح وإليكه :

أما بيكربونات الصودا فأردأ الانواع للوصول إلى غرضنا ، لانها وإن عادلت الحوضة إلا أنها تكوّن بهذه المعادلة حامض الكربون ، ثم هى بعد ذلك تحرض الغشاء المخاطى بتأثير هذا الحامض أو بتأثير خاص بها على الافراز وبذلك تزيد الطين بلة ويصبح الافرازا كثر مما اذا كنا لم نستعملها واذاتركنا بيكربونات الصودا جانبالهذا السبب وجدنا فى كربونات المانيزيا وكربونات البزموت خير معين ، فانهما يؤثران تأثيراً بطيئاً محققا بغير أن يتولد عن تأثيرهما إلا غاز قليل هذا إلى أنهما أشد تأثيراً فى المعادلة من بيكربونات الصودا وزنا بوزن والافضل أن يستعمل

الصنفان معاً لأن أحدهما قد يكون خيراً من الآخر . والطباشير المحضر صنف آخر لكنه ضعيف التأثير وقد يستعمل لزيادة مقدار المسحوق من الصنفين المتقدمين إلى الحجم المناسب . ويحضر بعض البيوت الدوائية هدروكسيد المانيزيا بشكل مستحلب فيقوم بهذا الغرض لكن لابد أن يستعمل عقب تركيبه مباشرة، وعلى ذلك يقل شأنه لأنه لابد أن يستعمل سائلا حديثاً .

ومما يصح أن أذكره أن كربونات المانيزيا دواء ملين أيضاً ، وإنه وإن يكن اللين أفضل من الامساك عند المريض إلا أن من المستحسن أن نزيد مقدار كربونات البزموت ونقلل مقدار كربونات المانيزيا لكيلا يكون شديداً .

هذه هى الاصول والقواعد التى يبنى عليها العلاج ، لكن لابد من تنفيذها تنفيذا شديدا اذا أردنا النجاح حقيقة . ولعل خير طريقة تؤثر في المريض وتجعله ينصاع للاوامر تماما هى تفهيمه ان حالته ليست هينة وأن من الضرورى أن يخضع للعلاج تماما للوصول الى الشفاء والا فهو دافع نفسه بنفسه الى عملية جراحية كبيرة قد تكلفه كثيرا ، وكان كمن لم يرض بالخوخ فصار عليه أن يرضى بشرابه فان قال المريض لطبيبه مجادلا : هب انى لا أقبل الخوخ فما عسى أن يضطرنى الى قبول شرابه ؟ فليجبه الطبيب صراحة قائلا : ان اهمالك مرضك لطوارىء شديدة الخطر كالنزف والانثقاب مما يحتم العملية أو يعرضك للاحوال الاخرى التى ذكرت في أول المقال مما يجعل العلاج جراحيا .

فاذا فهم المريض هذه الحقيقة المرة رأيته سلس الانقياد يفعل مايؤمر راضيا شاكرا وبذلك يستطيع الطبيب الوديع ان يصون مريضا يمكنه ان يعالج مرضه مستقلا بنفسه غير مستعين بزميله المسلح وان يصون فى الوقت نفسه هذا المريض من اعتداء سلاح هذا الزميل .

محاضرة

الدكتور احمد العجاتى

عن

علاج حالات هبوط القلب بوحدة (ب) بمستشفى قصر العينى

سادتى الافاضل

أريد أن أشرح لحضراتكم الطريقة التى نستعملها فى وحدة (ب) بالمستشفى لعلاج حالات هبوط القلب الشديدة ومقدار ما لهذا العلاج من التأثير .

فى كل يوم تحمل الينا عربات الاسعاف حالات هبوط القلب فى أسوأ درجاتها حتى أصبحت نسبة وجود هذه الحالات فى قسم الامراض الباطنية كبيرة

أما سبب الهبوط فاننا نلاحظ أن معظمه نتيجة النزلات الشعبية المزمنة المصحوبة بالامفزيما وما يليها من هبوط غرف القلب اليمنى ثم اليسرى تبعاً لذلك — ويلى هذا السبب للهبوط فى الأهمية سبب آخر هو التهاب الصمامات المزمن من الروماتزم (Chr. Rheumatic undoraəditio) ثم يلى ذلك التهاب الـكلى المزمن (Chr. Intersl. Neph.)

أما هبوط الاروقة اليسرى الناتج مباشرة من التهاب عضل القلب (myocarditis) أو التهاب الاوورطه (Aortitis) أو تصلب الشرايين (Arterosclerosis) فانه قليل وربما كان ذلك لعدم تفشى مرض الزهرى بكثرة بين مرضانا

مرضانا خصوصاً غير المتعلمين وهم للأسف السواد الاعظم لايحضرون للعلاج الا بعد أن يشتد بهم المرض حتى يدنو بهم من الهلاك ولذلك تأتينا فى غالب الأحيان حالات هبوط القلب وقد بلغت بها الاحتقانات والارتشاحات في الانسجة درجة عظيمة ولا أبالغ اذا قلت أنها تأتينا فى النزع الأخير

كنا قبل الآن نعتمد فى علاج هذه الحالات على اعطاء المريض بالفم دواء الديجتالين أو أوراق الديجتالا في شكل منقوع أو مسحوق أو صبغة ونحن لا ننكر

ما لهذا العلاج من الاثر خصوصاً فى حالات ارتعاش الاذين(anucular tilxition) فان تأثيره فيها لا يضارع غير أن هذه الحالات ليست كثيرة الوجود بالمستشفى أما نتائج هذا العلاج على العموم في حالات الهبوط فهى تظهر ببطء وفى بعض الأحيان يموت المريض قبل ان يظهر عليه فعل الديجتالين الذى أخذه بالفم وربما كان السبب فى ذلك هو :

أن معظم الحالات التى تأتينا يكون فيها عضل القلب مصحوبا بتمدد فى الغرف

(١) ويظهر (ولو أن الموضوع تحت البحث) أن استعمال الديجتالا فى هذه الحالات لا ينفع بل بالعكس قد يكون ضاراً لانه يطيل مدة الملأ (diastole) فتزداد كمية الدم فى البطين وبما أن العضلة لم تتحسن فيزداد تمددها ، وبذلك تصير ضربات القلب بطيئة ولكن الهبوط فى ازدياد

(٢) احتقان الاحشاء الشديد الذى يتعسر معه امتصاص هذا الجوهر وكثيرا ما يسبب هياج غشاء الجهاز الهضمى قبل أن يظهر له أى تأثير على الدورة الدموية

(٣) الجواهر الفعالة الموجودة فى فصيلة الديجتالا (Glucosidis-of the digtalis Group) قابلة للتلف بواسطة افرازات الجهاز الهضمى وليس هناك أدنى شك فى أن جزأ من الديجتالين المعطى بالفم يبطل عمله فى المعدة والامعاء

(٤) تفشى أمراض الكبد فى مصر يزيد فى صعوبة الامتصاص وكذلك فى الافراز .

استبدل الاستاذ الدكتور شرمف بيرون فى وحدة (ب) بالمستشفى هذه الطريقة بطريقة حقن الوريد بالاستروفانسين او الوابابين وبذلك يوقن الانسان ان هذه الجواهر الفعالة تصل للقلب بمقادير معروفة بالضبط وأن تأثيرها عليه مؤكد بعد إعطاء الحقنة ببضع دقائق .

ونحن دائماً نفضل فى الاستعمال الوابابين لانه أقل خطراً من الاستروفانسين وقد علمتنا النتائج الباهرة العديدة التى حصلنا عليها باستعمال هذا الدواء بهذه

الطريقة أن لا نفكر بعد الآن فى استعمال الديجتالا بالفم اللهم إلا فى حالات ارتعاش الآذين

ونحن نكتفى فى علاج الكثير من حالات الهبوط بوضع المريض فى الفراش وبحقنه مدة أربعة أيام متتالية بمقدار ½ مليجرام واباين أو استروفانسين فى الوريد ويكون غذاؤه فقط ٨٠٠ — ١٠٠٠ س م من اللبن فى كل يوم .

غير أننا نلاحظ أن بعض هذه الحالات بالرغم من اعطائها الواباين وتحسنها المحسوس الذى يدل عليه بطء النبض وسهولة التنفس نجد أن كمية افراز البول تبقى قليلة والارتشاحات كما هى — فى مثل هذه الاحوال كنا قبلا نستعمل التيوبرومين بالفم ولكننا كنا نجد نفس الصعوبة التى وجدناها فى استعمال الديجتالا وذلك لان الامتصاص من الامعاء المحتقنة غير كاف . أما الآن فاننا نستعمل بدلا من هذه المواد المدرة للبول التى تعطى بالفم مادة أخرى عبارة عن مركب زئبقى اسمه نوفاسيرول نحقنه فى عضلات المريض

ليس استعمال الزئبق لادرار البول فى الارتشاحات نتيجة هبوط القلب امراً جديدا بل يرجع تاريخ استعماله الى عهد أطباء النصف الاخير من القرن الماضى اذا كانوا يستعملون الزئبق الحلو لهذا الغرض . أما كيفية ادرار الزئبق للبول فقد اختلف فى تعليله العلماء والآن نكتفى بسرد خواص وتأثير النوفاسيرول

١ — دلت التجارب العديدة التى أجراها كثير من العلماء ان النوفاسيرول هو أسهل أنواع تراكيب الزئبق وأحسنها ادراراً للبول

٢ — النوفاسيرول يساعد على افراز الماء والاملاح الزائدة عن حاجة الجسم فقط وليس له أدنى تأثير على الحالات الطبيعية فلو اعطى مثلا لشخص سليم البنية فانه لا يزيد فى كمية البول

٣ — تأثيره سريع وعظيم جداً ويظهر هذا التأثير بعد ساعتين أو ثلاثة من

اعطائه ويبقى تأثيره لمدة ٦ — ٢٤ ساعة وقد يمكث ثلاثة أو أربعة أيام

٤ — أما من جهة المقادير فاننا نبتدىء دائما بنصف سنتيمتر من محلول النوفاسيرول ١٠ ./. ثم بعد ثلاثة أيام اذا اقتضى الحال نعطى ١ سنتيمتر أو نعطى ½ سنتيمتر نوفاسيرول ويكرر كما سبق عند اللزوم

وطبعاً هذه الطريقة عامة يمكن تشكيلها على حسب الحالة التى نعالجها

أما النتائج التى تحصل عليها باتباع هذه الطريقة فانى أكرر انها تفوق جدا النتائج التى كنا نحصل عليها باستعمال الديجتالين والثيوبردين بالفم وانني أؤكد لحضراتكم أننا تقريبا لم نفقد حالة هبوط باستعمال الطريقة المتقدمة بل بالعكس فى مدة تتراوح بين ٥ — ٦ أيام كان يظهر على المريض علامات التحسين المدهش — وكم من حالات لم يكن لنا فى نجاتها أدنى أمل وتحسنت تحسنا مدهشا وبسرعة غريبة

وانى أقدم لحضراتكم بعض الحالات الموجودة بالمستشفى التى عولجت بهذه الطريقة

أقدم شكرى لأستاذى الدكتور شرمف بيرون لانه أتاح لى فرصة التشرف بالقاء هذا البيان الموجز وأشكركم للتفضل بسماعه والسلام

محضر الجلسة الحادية والستين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة من مساء الاربعاء ٢٠ يناير سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العيني بحضور نخبة كبيرة من حضرات الاعضاء والزوار والطلبة وبعد تناول الشاى افتتح الدكتور محمد خليل عبد الخالق الجلسة فى منتصف الساعة الثامنة مساء داعياً الدكتور اندراوس عريان لالقاء محاضرته عن (ملاحظات على تشخيص وعلاج الحمى التيفودية)

وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون جميعاً على ملاحظاته وتجاربه الهامة

ثم قال الدكتور محمود حلمى حسين بأن العادة أن العدوى فى حالات الحمى التيفودية من المرضى أسهل من الحاملين للميكروب غير أنها من الآخرين أكثر فهل لدى حضرة المحاضر تعليل لذلك

ثم قام الدكتور ابراهيم شوقى وتكلم عن نسبة الحمى التيفودية في الاطفال بأنها ضئيلة جداً وان أكثر الحالات التى كان يشتبه فى أنها تيفودية قد أثبت الفحص البكتريولوجى أنها من .Isiatic Group وكانت تشفى بالفاكس ولدى حضرته أحصاء عن ١٠٠ حلةحميات أطفال اتضح أن بينها ٣ بالتيفويد وواحدة باراتيفود والباقى من الأنواع الأخرى أغلبها من .Isiatic Group وكان من نتيجة ذلك أن لفت حضرته نظر مصلحة الصحة فجهزت فاكس غير أن هذه الطريقة للأسف لم تصادف نجاحاً كبيراً نظراً لعدم أمكان اعطاء المقدار الكافى :

وان كان يقال بأن التيفود منتشر كثيراً بين الاطفال فليس هناك تعليل لذلك الا الخطأ في التشخيص

ثم قام الدكتور يونان مستفهما من المحاضر كيف استطاع أن يشخص نوع الحمى من أول أو ثانى يوم .

ثم قام الدكتور مجدى وقال بأنه عالج حالات من الالتهاب الرئوى التى أعطت نتائج حسنة بالفاكس للدكتور أندراوس بياترن كاش

وبعد ذلك قام الدكتور خليل وشكر للمحاضر عنايته غيرأنه لاحظ أن حضرته كان يرد النتائج بثقة كبيرة مع أن (الرئيس) يعتقد أن الثقة التامة بفائدة الفاكسين فى تشخيص الحمى التيفودية ليست جائزة كثيراً من الوجهة العلمية

وبعد ذلك قام الدكتور اندراوس وقال

رداً على سؤال الدكتور محمود حلمى حسين بخصوص الحاملين المزمنين للمرض اقول بأنه لا يوجد حتى الآن علاج ناجع يزيل منهم الميكروب فقد جرب

اليوروتروبين وأعطى اللقاح وأتى بعض النتائج ولكن لم تكن النتيجة حاسمة انما أحسن طريقة هى ازالة الكيس الصفراوى وفي هذه الحالات المهمة جداً هو أن لا يكون الحامل المزمن للميكروب مكلفاً بتقديم طعام أو شراب وعليه أن يبحث عن مهنة أخرى لايكون فيها مصدراً خصيصاً لعدوى غيره

وبخصوص كلام الدكتور شوقى عن الحمى التيفودية فى الاطفال فانا اوافق الدكتور شوقى تمام الموافقة بأن الحمى التيفودية قليلة جداً فى الاطفال انما أردت أن أقول أن العدوى كثيراً ماتكون فى مصر فى الحلقة الاولي من سنى المرء وكثيراً مايصاب الاولاد فى الخامسة الى العاشرة من عمرهم والنقطة التى أردت أن أصل اليها هى أن الحمى التيفوتيدية أقل خطراً والانذار أحسن مما هى فى الاوروبيين وربما يرجع ذلك الى مناعة قومية

ورداً على سؤال الدكتور زكي يونان بخصوص تشخيص الحمى فى الاسبوع الاول أقول أن ذلك من الصعوبة بمكان إنما وجود حمى ترتفع تدريجياً أثناء فصل الصيف والمريض لايشكو من شيء وحالته جيدة وغير ملازم لفراشه والنبض بطئ بالنسبة للحرارة كل ذلك يجعلنا نفكر في الحمى التيفودية حتى اذا ابتدأنا بالعلاج بالفاكسين وظهر أن الحالة ليست تيفودية فالمريض لم يخسر شيئاً وبالعكس استفاد المناعة ضد التيفود وثانياً أن الفاكسين بالبروتين الذى يحويه علاج ضد جميع الحميات .

وبخصوص كلام الدكتور مجدى عن تأثير Yatren-Caséni على التهاب الرئة وان تأثيره تماماً كتأثير الفاكسين لا محل لمعارضته فربما كان تأثير كل فاكسين بالبروتين الذى يحتوى عليه

وبعد ذلك دعا الرئيس حضرة الدكتور احمد العجاتى لالقاء كلمته على الطريقة التى تستعمل فى وحدة (ب) بمستشفى قصر العيني لعلاج حالات هبوط القلب

الشديدة بالحقن الوريدى بالاستروفانسين أو الوابابين وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على رقته ثم قام الدكتور شوزنف بيرون وتكلم فى هذا المعنى

وبعد ذلك قام الرئيس شاكراً للدكتور العجاتى كلمته غير أنه كان يلاحظ أنه يتكلم عن العلاج الجديد بثقة كبيرة قد يتبين من خلالها عدم فائدة الديجتالين بالمرة مع أن الأمر على العكس وان العلاج الجديد لا يصح الأخذ به بصفة نهائية وان كان ذلك فالواقع أنه لايزعزع الثقة بالديجتالين بشكل يجعله بعد غير مفيد

ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء ؟ السكرتير

محضر الجلسة العلمية الثالثة والستون

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة من مساء الاربعا ١٠ فبراير سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العيني وبعد تناول الشاى والحلوى افتتح الجلسة صاحب العزة الدكتور عبدالحليم محفوظ بك واعلن أن المحاضرة لجناب البروفيسير بادر عن (ملاحظات حديثة على تخييط وعلاج الكلى)

فالقاها جنابه وبعدالانتهاء شكره الحاضرون جميعا على محاضرته النفيسة ثم سأل حضرة الرئيس بالنيابة عن الملاحظات فقام الدكتور اندراوس عريان وقل بعد أن شكر المحاضر إنه كان يظن Theoien اكثر ارتباكاو تعقيدا مماشرحه جناب المحاضر اذ انه قليل من يستطيعون أن يفهموا كيف وصل لنتيجته ويظن كذلك ان طريقة Phenolsulphtatien هى أضمن نتيجة وأقل جهدا من طريقة Thioren

فاجابه جناب المحاضر بأنه لا يمكن الاعتماد على البحث الاول فى جميع الاحوال لاسيما فى حالات Glomeralonephutis الالتهاب الكلوى التسممى ، الالتهاب الناتج من الزهرى

وان بحث Thioren هو فى الغالب أحسن طريقة لغاية الآن

ورفعت الجلسة فى الساعة الثامنة والنصف مساء ؟ السكرتير

رتب ونياشين

تفضل حضرة صاحب الجلالة الملك فأنعم بمناسبة عيد ميلاده السعيد برتبة البكوية من الدرجة الثانية على حضرات الزملاء الدكتور صادق جرجس مفتاح بك والدكتور ابراهيم مفرح بك والدكتور رضوان زيور بك

وبنيشان النيل من الطبقة الرابعة على حضرات الزملاء الدكتور محمد انور بك الدكتور محمود زكى بك. الدكتور جورج كانيلى . والدكتور عبد الحليم محفوظ بك وبه من الطبقة الخامسة على حضرة الزميل الدكتور على فؤاد

فنهنئ حضراتهم جميعا بهذا العطف السامى

نعى وعزاء

تنعى الجمعية الطبية المصرية بمزيد الأسف الزميل المرحوم الدكتور عبد الحميد فهمى عامر بك الطبيب الشرعى والعضو بالجمعية

والجمعية تعد فقده خسارة لا تعدلها خسارة ويرى من واجبها لا أن تعزى آل الفقيد فقط بل أن تعزى الطب ورجاله فى هذا المصاب الأليم

تغمد الله الفقيد برحمته وأسكنه فسيح جناته

انسولين ' تابلويد '

هيپودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقى طاهر)

TRADE MARK 'TABLOID' BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الانسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .
وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالانسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .
ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .
ويمكن تجهيز المحصول بتحليله فى الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .
ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات فى انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا فى ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

انسولين ' ولكم '

TRADE MARK 'WELLCOME' BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره فى البلاد الحارة .
يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار فى ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .
يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات الكلينيكية طبية وملاحظات طبية وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .
اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركاؤهم
فى لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

Ar. 144

طعم البكتريا

شركة پارك ودافيز هى الوحيدة الممتازة لتوزع بين الاطباء طعم البكتريا
المحضرة فى معامل مستشفيات سانت مارى بلوندن الذى يديره السير المورث رايت

F. R. C. S. و M. D. و C. B. و K. B. E.

وهذا الطعم هو على اعلى درجة من التأثير والثبات

Acne Bacillus
Mixed Acne Vaccine A. & B.
Anti-Catarrh Vaccine (Prophylactic)
Anti-Influenza Vaccine
Anti Plague Vaccine
Anti Typhoid Paratyphoid Vaccine (Prophylactic)
Antisepsis Vaccine
Gonococcus Vaccine
Mixed Gonorrhœa Vaccine
Micrococcus Melitensis Vaccine
Mixed Vaccine for Bronchial Asthma
Mixed Anti-Influenza Vaccine
Mixed Vaccine for Coliform Infections
Pneumococcus Vaccine
Staphylococcus Vaccine
Streptococcus Pyogenes Vaccine (Polyvalent)
Whooping Cough Vaccine A. B. & C.

پارك ودافيز وشركاهم لندره

Parke, Davis & Co.
LONDON

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

العدد الرابع — ابريل ١٩٢٦ APRIL 1926 — السنة التاسعة

لجنة التحرير

الرئيس : — الدكتور محمد عبد الحميد بك — مدير مستشفى الملك

الاعضاء

١ — « محمد حمدى — بكتريولوجي بمعامل الصحة

٢ — « ابراهيم شوقى — حكيمباشى قسم امراض الاطفال بقصر العينى

٣ — « محمد شرف — جراح بمستشفى الملك

٤ — « مصطفى فهمى سرور — استاذ بمدرسة الطب

٥ — « حسن كامل — الطبيب بالقاهرة

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — يتفق عليها مع الادارة بشارع زين العابدين بالسيدة زينب بالقاهرة

الرسائل والمخابرات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بمركز ادارة المجلة

م . مصر ٧٦٤ — ٢٦

الفهرس

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الرابع | ابريل سنة ١٩٢٦ | السنة التاسعة

الجديد فى تشخيص أمراض الكبد وعلاجها

محاضرة ألقاها بالانجليزية

جناب الاستاذ ريشارد باور (فينا)

على حضرات أعضاء الجمعية الطبية المصرية

وجد الأستاذ ارلش Erlich فى سنة ١٩٠٦ أن محلولا ٢ ٪ من داى مثيل برامیدو بنزالديهيد ك يد ا  ز (يد ك ٣)٢ Dimethyl-paramido-benzaldehyd فى حامض الـكلوريدريك المخفف يكسب كثيراً من الأبوال الحديثة لوناً أحمر. فلو أخذت من البول ٤ س . م . م . وأضفت اليها من ١٠ — ٢٠ نقطة من هذا الـكاشف لظهر لك هـذا اللون . ولم يصل ارلش الى معرفة ماهية هذا الانفعال الـكيمائى ولا المواد المسببة له

وقد تمكنت فى سنة ١٩٠٧ من اثبات نسبة هذا الانفعال الى اليورو بلينوجين

من مشتملات البول الحديث انما يوجد اليورو بلينوجين وحده فقط ولذلك يجب علينا بحث البول بعد تبوله مباشرة. وسمى هذا الاختبار بالانفعال الالديهيدى لأرلش (Erlich's Aldehyd Reaction) وسمي الكاشف Erlich's Aldehyd Reagent ويمكن الحصول عليه من محل Merck, Darmstadt

يكون الانفعال الألديهيدى موجباً فى جميع أمراض الكبد . يظهر بظهور المرض ويختفى باختفائه ففى الأمراض المزمنة كالكباد المزمن Cirrhosis يكون الانفعال موجوداً دائما ويظهر جلياً حتى التخفيف لغاية ١ : ١٠٠ وأعظم قيمة لهذا الانفعال فى حالات اليرقان إذ يكون دائما موجباً وبشكل خاص وكلما اشتد اصفرار المريض زاد الانفعال فى البول ضعفاً فاذا اكتمل اليرقان صار الانفعال سالبا أو منعدماً وعلى ذلك يكون عدم ظهور الانفعال الالديهيدي عند المرضى باليرقان علامة مؤكدة ودليلا قاطعاً على عدم مرور أي نقطة من المرّة الى العفج (المعى الاثنى عشرى) وقد يكون ذلك مسبباً عن انتفاخ الكبد من يرقان مخاطى أو انسداد مجارى الصفراء بورم سرطانى أو التصاقات أو حصيات صفراوية. ومن ذلك نستطيع رسم أقواس لهذا الانفعال فى كل نوع من أنواع اليرقان

يتكون اليوروبلينوجين من أصباغ الصفراء أو المرة . تنحل هذه الاصباغ أولا الى يوروبلين وثانياً الى يوروبلينوجين ويخرج جزء منهما مع البراز ويمتص الجزء الآخر بواسطة الدورة البابية ويعودان بذلك الى الكبد حيث يتحولان ثانياً إلى أصباغ صفراوية . واذا اختل عمل الكبد يخرج جزء من اليوروبلينوجين الى أوردة الكبد ومنها يصل الى البول . وفى حالة عدم تصرف المرة من الكبد (مثل حالات اليرقان الكامل) لا يتكون اليوروبلينوجين مطلقاً فى الامعاء ولا يمر الى الكبد ولا يتسرب منها الى الدم ثم الى البول ولو أن بالكبد مرضا .

هذا هو السبب في انعدام الانفعال في المرضى باليرقان الـكامل ولو أنه غدا ذلك دليل على مرض الـكبد .

ومن هذا تتبين لـكم القيمة الأكلينيكية لهذا الانفعال القيم

ويمكننا أيضاً أن نعرف هل تحسن اليرقان أو اشتد . وأن نعرف كذلك وقت حدوث اليرقان الـكامل ولنضرب مثلا : اذا استمر الانفعال سالباً أسبوعاً أو أسبوعين دل على وجود انسداد خبيث فى مجاري الصفراء . أما فى حالة وجود حصيات صفراوية مصحوبة بيرقان فيغلب ظهور الانفعال واختفائه من وقت لآخر أو قد يظهر ظهوراً ضعيفاً

وفى السرطان يكون وضوح الانفعالات دليلا على سريانه وانتشاره فى الـكبد وينتج هذا الانفعال شريطاً قاتماً فى الطيف يقع بين الاصفر والاخضر وبذلك نستعين على تقدير الـكمية بمعنى اننا نخفف المحلول حتي يختفي الشريط

اختبار الجلـكتوز (Galaktose)

ويعمل بالجلـكتوز المصنوع فى محل (Gedeon Richter, Budapest) تحت اشرافنا خصيصاً لبحث وظيفة الـكبد على سُنة الاستاذ ريشارد باور . يرسل القدر فى حزم زنة كل واحدة ٤٠ جم وداخلها الارشادات المطلوبة لاجراء الاختبار والجلـكتوز نوع من السكر صيغته الـكيماوية (ك٦ يد١٢ ا٦) . يحصل عليه من أغلى سكر اللبن مع الحوامض المخففة . وجزئية سكر اللبن تحتوى على جزئية جلوكوز وجزئية جلـكتوز

اعط المريض على الريق فى الصباح ٤٠ جم من الجلـكتوز مع ٤٠٠ س . م . م شاى وقليلا من الـكونياك أو عصير الليمون . لا يحصل القىء أبداً ولا الاسهال ومن الضرورى أن لا يتبرز المريض أثناء الاربع الساعات التالية . دعه يتبرز

قبل أخذ الدواء أو اعمل له حقنة شرجية فى المساء السابق . يبول المريض كل ساعة. وامزج بول الاربع الساعات التالية للشربة وقدر ما به من السكر بواسطة البولريمتر بالطريقة المعتادة

مثلا — ٥٠٠ س . م . م بول ٤ ساعات تدور الضوء يمينا ١٫٦ ٪ = ٥ × ١٫٦ = ٨ جم سكر

غير أنه لا بد من عمل تصحيح لذلك لان الجلكتوز أشد تدويراً للضوء من الجلوكوز بنسبة ٨ : ٥ وعلى ذلك ٨ جم جلوكوز = ٥ جم جلكتوز أو بعبارة أخرى يجب ضرب حاصل البولريمتر فى $\frac{٥}{٨}$ وينبغى اعتبار نتيجة اختبار الجلكتوز بالطريقة الآتية

٠ — ١ جم سالب

١ — ٢ جم سالب أيضاً

٢ — ٣ جم موجب قليلا

٣ — ١٢ جم — ٢٠ — جم موجب كثيراً

يكون الاختبار موجبا اذا اضطربت وظيفة خليات الكبد اضطراباً عاماً

ويكون موجباً أيضاً فى الالتهاب الخاطى والسفلسى واليرقان العفن وفي الضمور الحادوالحاد نوعاً (Subacute) وكذلك فى جميع أنواع الكباد المزمن (Cirrhosis) الضامر والمتضخم والكباد الفوسفورى وفساد الكبد الدهنى

ويكون سالباً فى الامراض المحدودة مثل الصمغات (gumma) والكارسينوم ومرض الاكينوكوك وخراج الكبد حتى ولو تعددت الاورام

ويكون سالباً أيضاً فى جميع انواع انسداد القنوات الصفراوية انسداداً ميكانيكياً . أما احتقان الكبد فى أمراض القلب فيعطى تفاعلا ضعيفاً غير أنك تجد في حالات الكباد (Cirrhosis) المسبب عن مرض قلبى نحو ٣ جم جلكتوز .

لاختبار الجلكتوز اذاً قيمة عظيمة فى تفريق أمراض الكبد وتمييزها من بعضها خصوصاً اذا اقترن واستعان بالتفاعل الالديهيدى

وفي المرضى باليرقان يكون الانفعال الموجب دليلا قاطعاً على كونه يرقاناً مخاطياً (Catarrhalic jaundice) أوعلى كباد أوضمور كبدى وينفى بتة وجود حصيات صفراوية أو انسداد خبيث

أما فيمن ليس بهم يرقان فيدل على وجود كباد ضامر (atrophicirrhosis) ونادراً ما يدل على الفساد الدهنى الذى يسهل تشخيصه وتمييزه بالكشف بالوسائل الطبيعية وقد أظهرلنا هذا الاختبار أن ما سميناه يرقانامخاطياً ليس ناشئاً من انتفاخ مجل وأثر بل هو التهاب حاد فى جميع الكبد (Ampula of Vater)

ونتعرف على كون اختبار الجلكتوز موجبا بكثرة كمية البول وبصفاء لونه وقديبقى الجلكتوز فى البول لمدة ست ساعات

وفى حالات الكباد التى معها استسقاء زقى حيث يبول المريض قليلا يبقى خراج السكر لمدة ٢٤ ساعة البول القليل الغامق ٥ — ٧ ٪ سكر وينبغى الاستمرار فى بحث بول هذه الحالات ما دام اختبار فهلمنج موجباً

وفى الحالات التى بها كباد ضامر (atrophic cirrtosis) مع استسقاء زايد لا توجد أعراض تستحق الذكر ، وتشخيص مرض الكبد يكون صعباً للغاية فلا يكون الكبد محسوساً وفى هذه الحالة اضغط بأصبع واحد فجأة وبلطف فى جهة الغضروف الخنجرى وهناك غالباً تحس بحافة صغيرة وصلبةلايسهل قلبهاو تتحرك مع التنفس هذا هو الفص الأيسر للكبد الضامر

ومن خصائص صمغة الكبد أن يكون تفاعل واسرمان شديد الايجاب حتى يظهر موجباً لو خفف المصل لغاية $\frac{1}{50}$ بدلا من $\frac{1}{5}$ كما جرت العادة

وتداوى هذه الحالات الآن بحقن البزموت (Embial, Merck) وأخذ ال Spirocids من الفم وذلك بدلا من حقن النيوسلفرسان

والنتيجة طيبة للغاية فتختفى الأورام الصمغية وينعدم التفاعل المصلى

أثبت الأستاذ E. P. Pick في فينا أن لأوردة الكبد عضلات إذا انقبضت سببت احتباس الماء فى الكبد ذاته ويضعف هذا الانقباض بفعل محضرات الزئبق ويعزز بالببتون وعلى ذلك نستعمل الآن حقن الساليرجان Salyrgan وهو محضر زئبقى يحقن ١ — ٢ س . م . م فى الوريد أو العضل مرة فى كل يومين وله مفعول قوى فى ادرار البول لا سيما فى أمراض القلب والكبد المصحوبة بأوذيما

حقن الببتون ٥٪ ٥ س. م.م فى العضل أفضل دواء يدفع الاسهال . فحقنة واحدة تكفى لجعل الاسهال امساكا . ويستعمل هذا الدواء للديسنطريا وغيرها وفى الكوما الكبدية تستعمل الآن حقن الانسيولين مرتين كل يوم ١٠ وحدات ويؤخذ معها السكر أو يعرق

وتستعمل حقن الانسيولين الآن للتسمين شرطاً أن يكون الشخص غير مريض بالديابيطس وقد أذعت ذلك فى المجلة الطبية النمساوية Med. Klinik Vienna. أحقن ١٠ وحدات قبل الغذاء والعشاء بنصف ساعة وزد على الغذاء العادى قليلا من الخبز واعط بعد الأكل بنصف ساعة قليلا من عصير الفاكهة

وتأخذ شهية المريض في التحسن سريعا فيمكنك أن تحقن ثانى يوم ٢٠ وحدة ومرتين فى اليوم. داوم على ذلك ثلاثة أسابيع. فى الغالب يزيد وزن المرضى بمعدل رطل كل يوم وتستعمل هذه المعالجة فى احوال السل الاولية وارتخاء الأحشاء ونقص النمو والجوتر الجحوظى وتصلب الشرايين والضعفة م . ش

عمل الكبد فى الصحة والمرض

ليس من السهل تشخيص قصور الكبد أو فلسه فى عمله ولا بد للطبيب والجراح من التعاون معاً فى ملاحظة المريض والكشف عنه والاستعانة بالباثولوجى (النطيس) والكيمائي فى بحث أملاح الصفراء واصباغها والجلوكوز واليوريا فى الدم وتقديرها الخ .

التغيير الغذائي فى السكر :

الكبد أكبر أعضاء الجسم . وهو ليس فقط مخزناً لوقود الكربون فى صورة سكر أو نشا حيوانى (جليكوجين) يستمد الدم منه حاجته من السكر ويبقيه دائماً معتدلا بل هو ايضاً معمل تكوين الجلوكوز من مواد أخرى .

وإن تكن فى العضلات كمية مماثلة من الجليكوجين مخزونة تحت الطلب فالراجح أن لا شأن لها فى تنظيم منسوب السكر فى الدم بل تبقى رهن تصرف خليات العضلات مباشرة . وحركة العضل مقرونة دائماً باحتراق الجليكوجين احتراقاً ناقصاً يتكون عنه حامض لكتيك يذهب جزء منه ويفنى ويحول الجزء الآخر الى جليكوجين ثانياً . ويجرى هذا العمل فى الفترات بين تقلص العضلات .

ولأ يتصرف حامض اللكتيك هذا اثناء الافراط فى الكد بسرعة كافية ومن تخلفه وتجمعه فى الجسد ينشأ الاعياء والحس بالتعب والكلال الامر الذى يوجب الاستراحة حتى يتم تنظيف الموقع منه وجعله صالحاً للعمل ثانياً .

الغدة الدرقية وقد امتازت على سائر الاعضاء بوفرة الدم الشريانى فيها وفيضه عليها تقوم بجعل قوة الخليات حاضرة للعمل (Plummer)

ويصح القول بأن لوظيفتها صلة بالتأكسد فى البنية .

اما الكبد ويختلف وزنه من ١٧٠٠ الى ١٨٠٠ جم فمؤونته أو ميرته من الدم الشريانى قليلة بالمماثلة النسبية وعلى الكبد تقطير ما يرد اليه من الدم الوريدى الآتى

من جميع احشاء البطن عن طريق الدورة البابية حاملا لحاصلات الهضم ليحولها أو يخزنها وكذلك السوائل المتجمعة من القولون خصوصا من نصفه الأيمن. ويحتمل ان يكون الجلوكوز أهم هذه الحاصلات بالنسبة لعمل الكبد.

لقد كان بحث وظائف الكبد الحقيقية عملا عسيراً للغاية ومهما قيل عن اكتشاف أمور وحقائق تتعلق بذلك فلا يزال كثير من أعمال الكبد يتطلب البيان والتفسير.

وأول المباحث التجريبية على الكبد كان بربط الأوعية الدموية ثم جربوا استئصاله من البطن لمعرفة التغييرات الحاصلة فى الدم قبل الوفاة من فقد هذا العضو الهام أو وقف عمله — كانت آجال الحيوانات التى أزيلت منها وظائف الكبد بالطريقة المذكورة قصيره للغاية من دقائق قليلة لساعة أو اثنتين على الأكثر وليس فى الامكان إزالة الكبد باجمعه دون اشتماله على جزء من الوريد الأجوف ولو تركنا جزءا من الكبد في البطن بدون ميرته من الدم الشريانى لفنيت أنسجته سريعا من انحلال ذاتى يتسبب عنه تسمم يختلف اختلافا كليا عن التسمم الحاصل من النسيج الكبدي المفقود من ذات حدته — وقد أفسدت علينا هذه العقبة دقة البحث وضبط التجارب والنتائج فى الأحوال التى ترك فيها جزء من الكبد فى مقره محروما من ميرته الدموية. هذا وقد صار ممكناً إزالة أكثر الكبد الطبيعى وترك جزء منه صحيحاً تميره أوعيته الدموية ويعمل فيعود يكبر هذا الجزء سريعاً ويتضخم. ومما شوهد بعد ازالة ٧٠ ٪ بالقليل من كبد كاب وعدم احداث أى اثر يذكر فيه عودة الأنسجة الكبدية الطبيعية بأجمعها تقريباً فى بحر ثمانية أسابيع. وكان الاستاذ Mann أبرع من ابتدع طريقة لازالة الكبد بأكمله من الكاب تغلب بها على الصعوبات المذكورة حيث أزاله على ثلاثة أدوار: —

بعد عمل ناصور Eck المعكوس ضم الوريد البابى الى الوريد الاجوف وربط الاخير قريباً من الفوهة.

ثم بعد وجود الدورة الجانبية Collateral circulation وتمكنها ربط الوريد الباني .

وقد سمحت هذه الطريقة فى النهاية بازالة جميع الكبد وحدوث أقل خلل فى رجوع الدم الوريدى الآتى من احشاء البطن والأطراف السلفية الى القلب .

وجد الاستاذ مان وزملاؤه ان إزالة كل الكبد تنقص منسوب السكر فى الدم كثيرا حتى يصل الحيوان (الذى لم تظهر بعد عليه اضطرابات طبيعية بيِّنة من فقد كبده) الى درجة يظهر معها بغتة ضعف عضلى ويشرف الحيوان على الموت ومع كل ذلك فحقن جلوكوز باعتبار ٢٥ ر. — ٥٠ ر. جم لكل كيلو من وزن الحيوان يرجعه فوراً لحالته الطبيعية ولولا ذلك لتحقق الموت فى بضع دقائق

ولما جعلوا منسوب السكر فى الدم طبيعياً تقريبا باعطاء الجلوكوز تمكنوا من حفظ الحيوان ومظاهرته فى حالة طبيعية لمدد كانت أطولها ٣٥ ساعة غير ان الموت لا محالة يدركه فى نهاية الأمر من أسباب ليس فقد السكر منها :

استحالة البليروبن (Bilirubin)

قالوا من قديم ان جزءاً كبيراً من البليروبن يتولد فى الكبد . وعلى أى حال فقد تحقق لنا أيضاً تكونه من الهيموجلوبين خارج الكبد فى جهات الجسم التى يوجد بها نسيج خلوى مشبك (rcticulo — endothelial) .

ومضمون الدم الشريانى من البليروبن واحد لا يتغير في سائر انحاء الجسم . أما الدم الوريدى الخارج من الطحال ورُمِّ العظام وهى من المواضع التى تكثر فيها الخليات المبطنة المشبكة (retlculo-endothelial cells) فيحتوي على كمية زائدة من البليروبن بينما البليروبن فى الدم الراجع من الكلى أو من العضلات فى الاطراف التى جردت من عظامها يبقى بقدره الموجود فى الدم الشريانى . فاذا أزيل الكبد باجمعه من كلب أصابه يرقان لفقد الوسيلة أو المصرف الذى به تخرج اصباغ الصفراء المتولدة فى الطحال ورم العظام .

لا يحتوى مصل الدم فى العادة على أكثر من ٢ مليجرام بلميروبن فى كل ١٠٠ س. م مكعب غير أنه قد يحتوى على ٢٠ أو ٣٠ مليجرام فى كل ١٠٠ س.م.م. وذلك فى حالات اليرقان . والآن يقدَّر البلميروبن فى مصل الدم باختبار Van den Berch وتساعدنا طبيعة هذا الاختبار على معرفة سبب اليرقان ان كان انسدادا أو انحلالا فى الدم .

استحالة اليوريا (Urea)

تنحل مواد الغذاء البروتيدية في الامعاء الى اشكال شتى من الحوامض الأمينية (Amino-acids) وتمتص هذه كلها فتصل الى الدم فما لا يصلح منها لاستعادة الانسجة وتجددها يتحول فى الكبد الى جلوكوز ويوريا وقد قدروا ما يحفظ في الجسم من الجزء الكربونى حامل القوة فى البروتيدات بستين فى المائة منه يدخر فى شكل جلوكوز . أما الازوت الذى لا تستعمله البنية فيتحول الى يوريا تخرجها الكلى .

وإذا استؤصل الكبد بأجمعه لا تتكون اليوريا ولا يفنى حامض اليوريك مما يثبت لك لزوم الكبد لهذين الدورين فى استحالة المواد الأزوتية

ومن ذلك ترى أن الكبد ليس فقط مستودع فحم بل هو آلة لتجهيز الرماد بحالة يمكن معها أخراجه من الجسم .

وظيفة المرارة :

كان انعدام المرارة فى بعض الحيوانات موضوع البحث من زمن طويل وقد علمنا ان وجود المرارة وعدمها لا يتبع قاعدة معينة معروفة . فهى معدومة فى جميع الحيوانات التى تأكل الأوراق إلا القليل ومن هذه الحيوانات التى تطرح قرونها كل عام .

ليس للجرذ (rat) مرارة غير ان كبده يخرج مِرَّة أشد بثمان مرات من مِرَّة الفأر أو العضل (mouse) الذى له مرارة .

أخطار الجراحة بالنسبة للكبد :

وجود المرة فى الدم لانسداد القناة الصفراوية يؤخر كثيراً مدة الدم وتخثره ولذلك كان النزف أحد الأخطار المخيفة فى العمليات التى تجرى لمن بهم يرقان .

كثر عدد الذين درسوا هذه المسألة غير أن أوفق علاج لها جاء على يد Walters أحد زملاء الجراح مايو الأمريكي الشهير واليك الطريقة التى اتبعها فى تحضير المرضى باليرقان ليصلحوا لتحمل العمليات الجراحية . يحقن فى الوريد ٥ س . م . م من محلول كلورور الكالسيوم ١٠ ٪ مرة كل يوم لمدة ثلاثة أيام قبل العملية . ولم تظهر حوادث مكروهة مع هذه الطريقة التى كان من شأنها أرجاع وقت الروبة الى ٦ أو ٩ دقائق بعد أن كان من ١٢ — ٥٠ دقيقة . وقلت بذلك أخطار النزف واستمرار هذا التحسن ممكن لو استطاع الجراح أثناء العملية عمل طريقة لتصريف المرة من الباطن والظاهر وتخفيف الضغط على الكبد مهما كان سبب انسداد الصفراء .

كثير ممن أزمنت عليهم الامراض لم يأخذوا إلا القليل من الغذاء من مدة ونرى من الصعب عليهم حفظ مستوى السكر فى دمائهم طبيعياً . لذلك لا بد من اعطاء سكر الجلوكوز من الفم أو الشرج أو حقناً فى الاوردة .

وفى بعض الأمراض حيث لا يكون الكبد كفؤا لعمله يمكن تخفيف العبء الواقع عليه أو مساعدته . فاعطاء المرة يساعد على اخراج ما فى المرارة من صفراء . ويزداد خروج الصفراء منها كذلك بأخذ مرة البقر وغذاء أزوتى لا بأخذ الكالومل (الزئبق الحلو)

أما الغذاء الغني بالمواد النشوية فيوقف خروج الصفراء . وفى قصور الكبد المزمن المصحوب بكباد (تليف) وتضخم فى الطحال يترتب على استئصال الطحال المتضخم انقاص ٢٠ ٪ من عمل الكبد وبذلك تخف عليه المشقة ويحفظ من الهلاك.

والاستسقاء الزقى قد لا يكون برمته مسبباً عن قصور فى الـكبد بل ربما كان منوطا بمرض آخر فى البنية

وقد جاء علاجه بحقن الNovasurol بفوائد أهم وأبقى من العلاج بمجرد بزل السائل وتعود للـكبد قوته

هذه شذور قليلة نقدمها للقراء مع ما جاء فى قول الأستاذ باور لتعاونهم على ادراك ما استجد فى كتاب الـكبد .

م . شرف

تأثير أمراض الانف

على جهاز التنفس لا سيما يتعلق بالربو

محاضرة ألقاها حضرة الدكتور احمد ضيف

أمام الجمعية الطبية المصرية

سأجتهد فى هـذه المحاضرة أن أبين لحضراتكم منفعة استشارة أخصائى فى الأنف فى الاحوال الصدرية التى يحار الطبيب الباطنى فى تعليل سببها والتى لاتنقاد بسهولة لـكيفية علاجه وأدويته — فى الأزمنة السالفة كانت طرق التشخيص فى أمراض الأنف عقيمة وأما الآن فقد أصبحت سهلة وفى غاية الدقة وانى لا أرى مانعاً فى عرض كل حالة من الأحوال الصدرية التى تثير أى شك فى سببها على اخصائى لأمراض الأنف

وهنا سأسرد بعض حالات تبين مبلغ تدخل الطبيب الاخصائى للأنف فى علاج أمراض الصدر وقيمته

الحالة الأولى

رجل عمره ٤٠ سنة ابتدأ يشكو من سعال منذ ثلاث سنوات ويزداد هذا السعال شتاء وخصوصاً اذا ذهب الى الاسكندرية وأخيراً صار عنده التهاب شعبى مزمن وأنفزيما تنتابه فى بعض الأحيان نوبات ربو . عولج بواسطة الطبيب الباطنى وكانت النتيجة لا تذكر وفى النهاية نصحه الطبيب المعالج باستشارة طبيب اخصائى فى أمراض الأنف

فحصت المريض بالضوء داخل الفم فوجدت عتامة فى تجويف الفك العلوى الأيسر ولما كان هناك صديد يسيل من بين القرين الاسفل والمتوسط شخصت

المرض « تقيح فى تجويف الفك العلوى الأيسر » Left Antrum Sinusitis

غسلت التجويف بأبرة مجوفة وأخرجت منه كمية الصديد والمخاط ذا رائحة كريهة

هذا المريض لا يزال تحت العلاج بغسيل من آن لآخر وهو يلقح علاوة على ذلك من نفس الصديد

حالة الانف فى تحسن مستمر . حالة الصدر تحسنت جداً منذ علاج أنفه حتى ان الطبيب المعالج لم يخف دهشته لتحسنه العظيم وانقطعت نوبات المرض بالكلية

ونظراً لأن المريض عنده بول سكرى أيضاً قد ارجأت عمل عملية الاستئصال حتى تتحسن حالته

الحالة الثانية

محام عمره ٣٦ سنة ضخم الجسم عصبى جداً يشكو من نوبات ربو وضيق فى التنفس من الأنف منذ ستة أشهر فحصته فوجدت التجويف الأنفى ملآن بزوائد « بوليب » استأصلت هذه الزوائد على أربع دفعات نظراً لكون المريض عصبياً جداً : يحضر هذا المريض الى كل شهر تقريباً. التنفس من الأنف سهل جداً ومن وقت العملية انقطعت نوبات الربو بالكلية

الحالة الثالثة

مريض عمره ٢٠ سنة يشكو من سعال منذ ثلاثة شهور . ذهب لطبيب باطني وشخص مرضه تدرنا رئويا فى الدرجة الاولى وذهب لآخر فشخص مرضه التهابا وفى أثناء فحصه وجد أن المريض يتنفس من فمه فنصحه باستشارة اخصائى فى الانف وبفحص أنفه وجد أن بالقرين الاسفل من الجهتين تضخماً كبيراً بدرجة أنه يسبب انسداداً كاملا بالتجويف الانفى من الجهتين

عملت عملية استئصال الجزء المتضخم من القرين الاسفل من الجهتين بحيث اصبح التنفس من الانف سهلا

ونصحت المريض بعمل تمرين للتنفس من الانف يومياً

"Active breathing excercises"

وكانت نتيجة هذا العلاج ان المريض الآن لا يشكو من السعال بالمرة وصحته العمومية جيدة وزاد فى الوزن

الحالة الرابعة

محام عمره ٢٨ سنة يشكو فى بعض الاحيان من سعال جاف وبفحص انفه وجدت عنده (بوليب) فى مؤخر الانف (Nasopharyngeal Polyp) قطعت عنق الورم بمقص معوج فانزلق من التجويف الانفى إلى التجويف الحنكى وبصقه وكان فى حجم الليمونة . وترد منه خطابات تشير إلى أن السعال انقطع منه منذ هذه العملية إلى الآن وهذه مدة تربو على ستة شهور

الحالة الخامسة

سيدة عمرها ٣٠ سنة تشكو من نوبات ربو شديدة كل عشرة أيام عملت لها عملية بالانف منذ خمس سنوات انقطعت بعدها النوبات مدة سنتين والآن منذ ثلاث سنوات تعانى أشد الآلام من نوبات الربو . بفحص الانف وجدت (بوليب) صغيراً من الجهتين وكذا وجدت الجزء الخلفى من الجناح الساقط للقرين الاسفل من الجهتين لم يستأصل فى العملية الاولى فسبب سداً آخر فى الانف .

أزلت البوليب وما بقى من الجناح الساقط للقرين الاسفل فتسبب عن ذلك انقطاع نوبات الربو إلى الآن مدة تزيد على ثلاثة اشهر

النوع السادس من الحالات

يدخل فى هذا الموضوع اعوجاج الحاجز الأوسط للانف وعلاقته بالامراض الصدرية خصوصا الربو

الحاجز الاوسط للانف يندر ان يكون رأسيا وانما يوجد به أثر انحناء إما الى اليسار او الى اليمين

وفى الحالات التى ينتج عنها نوبات ربو يرى غالبا معوجا اعوجاجاً حاداً ينشأ عنه انسداد فى ناحية من الانف وقدمر علىّ فى السنة الماضية ماير بو على العشرين حالة من هذا النوع . ولم يوافق على العملية الا ثلاثة فعملت لهم (Submucons Resection) وكانت النتيجة ان اثنين منهم انقطعت عنهم نوبات الربو بالكلية وأما الآخر فانه تحسن فقط وعلى كل حال فهذه نتيجة مشجعة

النوع السابع من الحالات

تشمل هـذه المجموعة اغلب الاطفال المصابين بسعال لا ينقاد لعلاج الطبيب الباطنى فترى الطفل يمرض بالتهاب شعبى فى معظم اوقات السنة فى الصيف والشتاء وتراه ضعيفا شاحب اللون ومتأخراً فى النمو عن غيره من الاطفال

فى معظم الأحوال يكون سبب هذه الأعراض زوائد حلقية خلف الأنف وفى كل حالة كحت لهذه الزوائد ظهر تغير كلى فى صحـة الطفل مع انقطاع السعال بالـكلية

فى الأحوال التى تكون فيها اللوزتان متضخمتين تكون النتيجة مؤكدة إذا استئصلت اللوزتان أيضاً

كيفية تأثير هذه الأعراض على الصدر تنحصر فى العوامل الآتية :

١) العامل العصبى
٢) عوامل انسداد التنفس الأنفى
٣) العامل التعفنى

العامل العصبي

فى الانف فى حالات كثيرة نقط حساسة جداً فأى تهيج بسيط بالأنف تصحبه امراض عصبية منعكسة فى الجهاز التنفسى وتختلف هذه الاعراض من سعال جاف الى نوبات ربو شديدة ومن ضمن هذه النقط (١) مقدم القرين الاسفل (٢) الجزء من الحاجز الاوسط المواجه للقرين الاوسط (٣) القرين الاسفل . ومن الاحوال الباثولوجية التى تؤثر على الصدر بعامل الانعكاسات العصبية احوال اعوجاج الحاجز الاوسط (Deflections—Shelves—Spurs)

واحوال البوليب

وفي هذه المناسبة اسرد الحالة الآتية

مهندس عمره ٢٥ سنة يشكو من نوبات ربو شديدة — بفحص الانف لم أجد بها اى حالة تلزم العلاج ولكن لشدة النوبات رجانى ان أعمل له شيئاً

فعملت كياً كهربائياً بالقرين الاسفل من الجهتين وقد انقطعت بذلك نوبات الربو هو تغير مجرى التأثير العصبى Nervous Iupulse Deflection مع انحباسه (Nervous Suppression) ويدخل فى ذلك شيء من التأثير (Suggestion) ومن الانعكاسات العصبية المسببة من الغشاء المخاطى للأنف حالات (nervous Rhinomher — Hay-fever وهى حالات يسيل فيها المخاط من الانف دفعة واحدة ويصحبها فى بعض الاحيان نوبات ربو . وفى هذه الحالات ايضاً يفيد الكى بالكهرباء

عامل انسداد التنفس الانفى

يؤثر هذا العامل على الصدر لسببين :

(١) لانسداد الأنف يتنفس المريض من الفم فيدخل الهواء مباشرة إلى الجهاز التنفسى بدون أن ترتفع درجة حرارته ويتشبع بالرطوبة كما إذا مر بالتجويف الانفى . فيؤثر ذلك تأثير البرد على الغشاء المخاطى للقصبة الهوائية والشعب ويحصل من ذلك اعراض صدرية

(٢) فى حالات انسداد الأنف يقل مقدار الهواء الذى يتنفسه المريض عادة ويحصل من ذلك عدم تمدد الرئتين بالدرجة العادية وينشأ عن ذلك ضعف عام فى صحة المريض كما يحصل من ذلك ضعف فى مقاومة الرئتين للأمراض

ومن الأسباب الباثولوجية التى تسبب انسداداً فى التنفس الأنفى احوال البوليب وتضخم القرين الاسفل وكذا اعوجاج الحاجز الاوسط

العامل التعفنى

فى حالات التقيح بتجويف الفك العلوى أو فى التجاويف الانفية الاخرى وفى حالات الاوزينا تؤثر هذه المواد العفنة على الجهاز التنفسى بأحدى الطرق الآتية

(١) طريقة الاستنشاق المباشر (Direct Inhalation)

(٢) طريقة امتداد الالتهاب الى الغشاء المخاطى للقصبة الهوائية (Direct Spread or infection)

(٣) أو بامتصاص الميكروبات بواسطة الدورة الدموية ووصولها إلى الرئتين بهذه الكيفية

وفى هذه المناسبة اذكر لحضراتكم حالة غريبة ولو أنها تمثل علاقة الحلق بالعين

طفل صغير عمره ٧ سنوات شكا من التهاب فى الجفون (Ciliary Infectoin & Blepharospasm مدة ستة اشهر وقد عالجه جميع اطباء الرمد بدون فائدة وفى النهاية نصحه احدهم بفحص الحلق . فوجدت عنده زوائد حلقية بكمية كبيرة وبازالتها شفيت العينان

وانى اختم قولى هذا بالنتيجة الآتية:

فى جميع حالات الصدر التى تستعصى على العلاج العادى يكون فحص الانف والحلق من الضرورات التى يجب عدم اهمالها

حالة التهاب خبيث

فى الغشاء المبطن للقلب

عرضها حضرة الدكتور احمد العجانى امام الجمعية الطبية المصرية

اساتذتى وسادتى الافاضل

اتقدم بالشكر الجزيل والاعتراف بالفضل لاستاذى الدكتورسليمان بك عزمى الذى كان يقودنى فى هذه الحالة والذى اتاح لى فرصة الكلام بين ايديكم ثم إنى اشكر حضرة الدكتور خليل لانه أفسح لي مكانا فى هذه الليلة

لا اشرح فى حالة اليوم شيئاً جديداً أو بحثا خاصا — ونحن جميعاً نتمنى أن نرى اطباءنا يحدثوننا عن اشياء جديدة او ملاحظات خاصة وليس هذا من الصعب لو اقيمت لهذا الغرض بالمستشفيات اقسام خاصة بالبحث Research Work Sections يقوم بالعمل فيها اطباء تحت اشراف اساتذة يكرسون كل اوقاتهم لهذه الغاية والآن بلادنا ملأى بالامراض التى تحتاج للبحث والاستكشاف وميدان العمل به متسع وفيه فراغ عظيم

أشعر ان من واجبى ان أعرض على حضراتكم من حالات المستشفى كل ما يهمكم ملاحظته واليوم اشرح حالة يقل العثور عليها ولكنها ليست نادرة الحصول . هذه الحاله هى التهاب خبيث فى الغشاء المبطن للقلب (A case of Malignant Endocarditis) من النوع البطيء Of the prolonged

التعداد : وقد وجدت في تقارير المستشفى السنوية أنه :

فى سنة ١٩٢٥ حالة بالمستشفى

« « ١٩٢٤ حالة أيضا

« « ١٩٢٣ لم يوجد

« « ١٩٢٢ « «

وهذه الحالة هى اول حالة من نوعها عثرنا عليها في هذه السنة والآن انتهز الفرصة لعرضها على حضراتكم وشرح كيفية عثورنا عليها وتشخيصها

المريضة خضرة عبد الفتاح عمرها ٤٠ سنة من ميت غمر (دقهلية) قبلت بالمستشفى يوم ٩/١/٢٦ كحالة عدم كفاءة فى غلق صمام مترال Mitral Regurgitation

وفى ثانى يوم بعد فحصها وعمل التحليلات الاولية وجدنا ان المريضة تشكو من ضعف عام وعدم قدرة على العمل من مدة ١٥ يوما وفقر دم ٤٠ ٪ بمقياس الهيموجلوبين

عدوى شديدة بالانكاستوما و بلهارسيا المستقيم وتضخم في الكبد

نفخ فى الزمن التفريغى للقلب عند القمة له خواص النفخ الذى يصحب الانيميا

القلب فى حدوده الاعتيادية اللهم الاشيئاً لايذكر والطحال لا يمكن حسه

وبناء على هذه العلامات استبدلنا تشخيص طبيب الاستقبال واعتبرنا الحالة أصابة بالانكاستوما والبلهارسيا مصحوبة بفقر عظيم فى الدم وعللنا تضخم الكبد بأنه سروز فى أوله (Early Cirrhosis) وأن النفخ غير عضوى وسببه فقر الدم الشديد (Hæmic Murmr)

لاحظنا ابتداء من مساء اليوم الثانى ان الحرارة ترتفع الى حوالى ٣٨° فاجتهدنا أن نحصل على تعليل لهذا الارتفاع وطلبنا ضمناً عد كرات الدم البيضاء فكانت النتيجة

Total Count	26'000	٢٦٫٠٠٠	العدد العام
Polymorphs	66%	٪ ٦٦	الكرات العديدة النوى
Lymphocyts	24%	٪ ٢٤	الكرات وحيدة النواة
Eosinophiles	5%	٪ ٥	الايسنوفيل
Larg Hyaline	2%	٪ ٢	الكرات الكبيرة ذات النواة الغليظة
Transitional	3%		

وهذه النتيجة تدل على ازدياد واضح فى الكرات البيضاء مما زاد فى اهتمامنا ولكننا بالرغم من ذلك لم نتمكن من تعليلها وبالصدفة نزلت الحرارة فى خامس يوم وبذلك رجعنا الى تشخيصنا الاول غير اننا لكي نتأكد من نوع الانيميا طلبنا ايضاً عد كرات الدم الحمراء فكان ٣٦٠٠٠٠٠ وليس به دلائل خاصة

بعد بضعة أيام ابتدأت الحرارة ترتفع ثانياً قليلا وبذلك ابتدأنا نفكر ثانياً واجتهدنا أن نستخلص شيئاً من تاريخ أعراضها قديماً (Past History) فأخبرتنا أنها من مدة ٦ سنوات كانت دخلت المستشفى لسبب مرض فى مفاصلها ووصفت لى حالة حمى روماتزمية وان الحكيمباشى كان يحضر الطلبة مراراً ويجعلهم يسمعون دقات قلبها واحداً بعد الآخر فاستنتجت من ذلك أنه يغلب أن يكون ما حصل مضاعفات روماتزمية بالقلب ولم يمكننى الحصول على أوراقها القديمة لأن المستشفى لا يحفظ الأوراق إلا لمدة ٣ سنوات فقط

الآن اتجهت أفكارنا ثانياً للنفخ الموجود بصمام المترال وابتدأنا نعتقد أنه عضوى ترجح لنا وجود التهاب خبيث بالغشاء المبطن للقلب

بناء على هذه الفكرة أرسلنا فى طلب فحص الدم والبحث عن وجود أى ميكروب فيه فجاءت النتيجة سلبية مراراً

مساء يوم ٢/٥ الساعة ١٠ أصيبت المريضة فجأة بصعوبة شديدة في التنفس مع ألم فى الجانب الأيمن Starting pain وسعال شديد وعرق كثير وتلون بصاقها بالدم فدعى طبيب الامتياز النوبتجى لرؤيتها وفى صباح اليوم الثانى امتحنت الرئة فوجدت فى الرئة اليمنى بقعة فيها علامات (تكبد Consolidation) وفحصت قلبها فوجدت النفخ متغيراً وقد أصبح موسيقياً (Musical) وهناك زيادة على النفخ الموجود فى مدة التفريغ نفخ آخر فى مدة الملأ Double Murmur

بذلك أصبحت الحالة واضحة أمامنا وهى صورة تامة من صور حالات التهاب خبيث للغشاء المبطن للقلب من النوع البطىء

وفى كل هذه الخطوات كان رائدى استاذى الدكتور عزمى بك

ذهبت بعد ذلك للمعمل وقابلت الطبيب المساعد وأخبرته بما ظهر على هذه الحالة من الأعراض وقلت له أنه بالرغم من أن النتيجة سلبية للميكروبات فى الدم فاننا اعتبرنا هذه الحالة مريضة بهـذا الالتهاب فأخبرنى أن نتيجة الدم لهذه الحالة كانت ايجابية فى أول الأمر غـير أن الدكتور انسى بك رأى أن الأحسن أن يعاد الامتحان حتى تكون مؤكدة وقد سألت الدكتور انسى بك فقرر ذلك وأخبرنى أن الميكروب كان سبحياً ثنائياً (Diplo streptococus) وكتب لي تقريراً بذلك — وطبعاً كلنا يعلم أنه فى حالات التهابات الغشاء المبطن الخبيثة للقلب قد نحصل على نتيجة مستمرة وقد نحصل على نتيجة أحياناً مرة فى عشرين أو قد لا نحصل بالمرة وبهذه المناسـبة أخبركم أن حالة توفيت ووجدنا عند تشريحها أنها حالة من هذا القبيل وأخذت من الصمامات عينة وكانت النتيجة سلبية وعلى كل حال فان الدكتور انسى بك يأخذ من مريضتنا عينات من وقت لآخر للتشخيص وعمل فاكسين للعلاج

فاتنى أن أخبر حضراتكم أننا قبل أن نصمم على هـذا التشخيص الاخير ابتدأنا نحس الطحال تحت الاضلاع ففكرنا فى حمى التيفود والباراتيفود والمالطة وأرسلنا الدم للفحص بفيدال فكانت النتيجة ايجابية للمالطة

وأنا أخاف أن تكون العينة التى أرسلناها خطأ أو أن يكون قد حصل فى طريق ذهابها وايابها مضاعفات لأن العلامات الموجودة فى هـذه الحالة لاتوافق نتيجة الدم وقد أرسلت عينة أخرى ولم تصلنا النتيجة بعد . فاذا جاءت ايجابية المرة الثانية فيمكن تعليلها بأن هذه المريضة كانت مصابة بهـذه الحمى قبل مرضها الحالى وأن الدم لايزال ايجابياً لفيدال وقد تكون هذه الحمى هى السبب في مرض قلبها الموجود الآن

وبالاختصار فالصورة التى وجدناها فى هذه الحالة هى :

اولا — ابتدأت المريضة تشكو من ضعف عام وحرارة تأتيها فى بعض الاحيان في المساء من مدة شهرين و١٥ يوما قبل دخولها المستشفى

ثانيا — انيميا شديدة آخذة في الازدياد

عدد كرات الدم الحمراء ٣٫٦٠٠٫٠٠٠

عدد كرات الدم البيضاء ٢٦٫٠٠٠

وجود الميكروب السبحى الثنائى Dpilo - Streptococcus) في الدم

ثالثا — حرارة ترتفع فى بعض الاوقات وتنخفض في اوقات اخرى وتكون مصحوبة ببرود بسيط

رابعا — نفخ فى الاول فى مدة التفريغ واحدا مزدوجاً . وقد كان موسيقيا فى بعض الاحيان

تاريخ اصابة بحمي روماتزميه من مدة ٦ سنوات مع اشتباه فى مضاعفات القلب

خامسا — علامات انسداد فى اوعية الرئة اليمنى الصغيرة في وقت من الاوقات دليل على انفصال بعض (Vegetations)

سادسا — تضخم فى الكبد والطحال

سابعا — نقص فى كمية البول وتتفاوت كميته من ٧٠٠ — ٨٠٠ فى ٢٤ ساعة

وختاما اكرر عظيم شكرى لاستاذى الدكتور عزمى بك لارشاداته الثمينة ولحضراتكم لتفضلكم بالسماع ؟

مرض رينود وجواتر جحوظى

حالتان عرضهما حضرة الدكتور محمد ابراهيم

امام الجمعية الطبية المصرية

سادتى وزملائى

لى الشرف أن أعرض على حضراتكم بعض الحالات النادرة التى عثرت عليها بالمستشفى : —

فالحالة الأولى حالة مرض رينود (Raynaud's Disease) فى الدور الثانى دور الاختناق (Stage of Asphyxia)

المريضة رقية بنت السيد خضير من العطوة مركز كفر الشيخ متزوجة عمرها ٣٠ سنة تشكو من شعور ببرودة في أصابع اليدين والرجلين مع زرقة في لونها وضعف فى حاسة اللمس وتنميل مع حدوث آلام بها فى بعض الأحيان

تاريخ المرض : ابتدأ المرض عندها منذ سبع سنوات بتغير فى لون الاصابع مصحوب بألم شديد فقد ازرقت الأصابع أولا ثم أخذ لون أطرافها يسود مع اشتداد الألم وانتهت هذه الحالة كما تقول بسقوط قطع جلدية سوداء من أطراف بعض الاصابع وأعقب ذلك حالة زرقة مستمرة وقد التأمت القروح المتخلفة عن سقوط القطع الجلدية الميتة دون أن تترك أثراً ظاهراً

وهذه الادوار الشديدة تذهب وتعود كل شهرين تقريباً تاركة وراءها زرقة مستمرة تختلف فى الشدة من حين لآخر وتزداد على الخصوص اذا وضعت يديها فى الماء البارد واذا دفؤت أصابعها شعرت بتنميل بسيط بها

وصف الحالة : المريضة متوسطة البنية . صحتها العمومية جيدة . أصابعها باردة الملمس زرقاء اللون وتمتد الزرقة بشكل بقع غير منتظمة على الكفين وأسفل الساعدين

وكذلك القدمين وتختفي الزرقة عند الضغط تاركة علامة بيضاء ثم تعود ببطء متى رفع الضغط وحاسة اللمس مفقودة في أطراف الأصابع

والمريضة تعالج الآن بالكهرباء الجلوانية Galvanic Currents, وفى النية إذا لم نحصل على نتيجة حسنه إحالة الحالة للجراح لاجراء عملية استئصال الغشاء السمبافوى المحيط بالشرايين الرئيسية التي تنقل الدم الي الاجزاء المصابة Sympathcomy

(٢) والحالة الثانية حالة جواتر جحوظى Exophthalmic Goitre

اسم المريضة عديلة محمد عمرها ٣٠ سنة من كفر الشيخ وهى تشكو من ورم فى الجزء الامامي من الرقبة وضعف عمومى وسرعة فى التنفس مع خفقان شديد عند عمل اى مجهود

تاريخ المرض: ابتدأ المرض منذ اربعة اشهر عقب وفاة اخ للمريضة كضعف تدريجي فى القوى العموميه مع نحول فى الجسم وظهور ورم صغير فى الرقبة اخذ ينمو بسرعه وهي تقول ان الورم كان اكبر قبل دخولها المستشفى بايام منه الآن.

وصف الحالة: حالتها الصحية متوسطة ومظهر وجهها يلفت النظر والعلامات المهمة عندها هى:

اولا: الورم منتظم ويشمل كل اجزاء الغدة الدرقية وهو غير ملتصق بالجلد ويتحرك مع القصبة الهوائية وعند لمسه تشعر برعشة خفيفة ونبض عند اندفاع الدم به وبالمسماع يمكن ملاحظة لغط ملئى Systolic Murmer

ثانيا: الجحوظ - يلاحظ جحوظ بسيط فى عين المريضة وعلامة موبيس موجودة (Mobius Sign)

ثالثا: الدوره الدمويه: اضطرابات الدورة الدموية ظاهرة جداً فى هذه الحاله فالنبض سريع ومنتظم ١٣٠ فى الدقيقه ويمكن سماع نفخ ملئى فوق صمام الشريان الرئوى Pulmonary Valve كما يلاحظ نبض ظاهر شديد فى شرايين الرقبه

ويلاحظ زيادة على ذلك ارتعاشات خفيفه منتظمه غير اختياريه بالاطراف

والمريضة ملازمة للفراش وتعالج بالبلادونا والزرنيخ وقد تحسنت نوعا وبعد أيام سترسل لقسم الجراحة لمعالجتها جراحياً

الانتاميبا هسترلبتكا

نقلا عن Trop. Dis. Bulletin عدد يناير ١٩٢٦

لاتقتصر العدوى بها على الامعاء بل تتعداها الى مواضع أخرى وهناك وصف حالتين وجدت فيهما هذه الاميبا فى البول محدثة التهابا مثانيا اميبيا

(١) مريض عمره ٣٥ سنه لم يصب قط بالديسنطاريا أصيب بالتهاب مثانى حاد مصحوب بالام فى التبول وكثرة البوال وبفحص البول وجدت به كريات بيضاء وحمراء وشوهدت أميبا حية نشطة ووجد فى معظمها كريات حمراء فعولج المريض بحقن الأمتين وزالت الاعراض وانعدمت الاميبا من البول

(٢) حالة ديسنطاريا مع التهاب مثانى حاد وآلام فى التبول وكثرة مراته ولقد ظهرت الاعراض المثانية قبل ظهور الاعراض المعوية وبتركيز البول وجدت فى الراسب كريات بيضاء وحمراء وأميبا نشطة حية وفيها كريات حمراء وهنا أيضا أزالت حقن الامتين الاعراض المثانية والمعوية وانعدمت الأميبا فى البول والبراز

وتسبب هذه الاميبا أيضاً خراجات فى الرئه وتكون هذه الخراجات أصيلة اى ليست ناتجة من انفجار خراج كبدى فى الرئة

وبمناسبة الامراض الناتجة من العدوى بهذه الاميبا نذكر ال Yatrin الذى أصبح الآن علاجا ناجعاً للديسنطاريا الاميبية ويعطى بشكل حبوب بقدر $1\frac{1}{2}$ جم فى اليوم مع ضرورة عمل حقن شرجية ٢٠٠ سنتيمتر مكعب من محلول $2\frac{1}{2}$ فى المائة وهذه الطريقة فضلا عن نجاحها فانها لاتستلزم حمية غذائيه كبيرة وزيادة على ذلك فان ال Yaterin يشفى الديسنطاريا الاميبية المزمنة ومضاعفاتها وهذه مزيه تفضله عن الامتين (والامتين بزموت يرد)

علاج البواسير بالحقن

محاضرة الدكتور عبد الوهاب مورو

مدرس الجراحة بمدرسة الطب

أمام الجمعية الطبية المصرية

سادتى

كلنا سمعنا وربما جرب كثير منا علاج البواسير بحقن مادة من المواد المختلفة فى داخلها ولكن قليلا منا من أعار ذلك الموضوع الهام ما يستحقه من العناية والبحث — ولذلك فكرت فى أن أسرد لكم اليوم ما وصلت اليه من المعلومات والاستنتاجات فى مدة التسعة الشهور التى أمضيتها فى العام الماضى في مستشفى سانت مارك بلندن حيث يعالجون مئات من الحالات سنوياً بهذه الطريقة.

مقدمة تاريخية

فى تاريخ علاج البواسير بالحقن بضعة شذور لا تخلو من الفكاهة فاننا نرى كلا من الأمتين الامريكية والارلندية تدعى أن ذلك العلاج استنبط فى بلادها — فيدعى الامريكان أن « ميتشيل » هو أول من ابتدع تلك الطريقة وذلك فى سنة ١٨٧١ ويقول الارلنديون أن « مورجان » استعملها قبل ذلك فى مستشفى « ميرسار » بدبلن سنة ١٨٦٩ وأن « كوليس » (الجراح الذى سمى باسمه كسر فى الساعد) كان يستعملها من قبل

غير أن البحث أثبت أن الطبيبين الارلنديين كانا يستعملان محلول سلفات النحاس وفوق كلورور النحاس وأن ميتشيل الامريكي كان أول من استعمل محلول الفنيك لهذا الغرض

وأول من جرب عليه ميتشيل هذه الطريقة صديق له مزارع نجح فيه العلاج

وشفى فأطلعه ميتشيل على السر واشتركا معاً في معالجة المرضى بهذه الطريقة واقتسما الكسب الذى امتلأت به جيوبهما ولم يكتفيا بذلك بل كان يبيعان سر ذلك العلاج لكل من دفع ثمنه من عامة الناس على شرط أن لا يبوح به أحد منهم للاطباء فأصبح علاج البواسير سراً محفوظاً بين فئـة مخصوصة من غير الاطباء قياساً على ما كانت عليه الحال بين فئة المجبرين .

استمر الحال على تلك الطريقة حتى أتاح الله للدكتور « اندروز » الامريكى أن اجتمع بأحد هؤلاء الدجالين وأشـبعه خمراً واستخلص منه السر وأشاعه بين الأطباء واليكم ما وصل اليه علمه : —

كان المحلول الذى يستعملونه محلولا مائياً من الفنيك بمقدار ٣٥ الى ٥٠ فى المائة والغرض منه إحداث غنغرينة أو عطبة ثم خشكريشة ليس فى البواسير فقط بل وفى كل غشاء الشرج المخاطى تنتهى بالتقرح فالالتئام

ومما يؤسف له أن استعمال تلك المحاليل القوية لا يزال شائعاً عند فئة صغيرة من الأطباء إلي وقتنا هذا وهى التى سميت عند علماء المستقيم «فئة المحاليل القوية» (The Strong School) على أن تلك الفئة آخذة فى الزوال أمام النتائج الحسنة التى توصلت اليها « فئة المحاليل الخفيفة » (The Weak School)

وقد جربوا منذ ذلك الحين مواد مختلفة لهذا الغرض منها الارجوت واليود والهيدراستيس وجليسرات الرصاص وحامض السليسيليك والبورق وغيرها وأغلبها استعمل ممزوجا بالفنيك ويستعمل الاستاذ جانت Gant فى نيويورك محلول كلور هيدرات الكينين واليوريا بدلا من حامض الفنيك ويؤكد أن له مزايا على هذا الأخير ولو أن أغلب الاخصائيين يستعملون الفنيك دون غيره وليس هنالك ما يدعو للاستعاضة عنه بغيره .

الباتولوجيا

لا يوجد شك فى أن نتيجة الحقن بالمحاليل المركزة فى حدوث غنغرينة فى الباسور والغشاء المخاطى ثم انفصال الجزء العطب و بقاء قرحة غائرة محله

أما نتيجة الحقن بمحاليل مخففة فقد اختلفت فيها الآراء فمن قائل أن ما يحدث هو تخثر الدم داخل أوعية البواسير الذى ينتهى بانكماشها وتليفها ومن قائل أن ذلك الانكماش ناتج عن حدوث التهاب حول الأوعية ينتهى بظهور ألياف تنكمش مع الوقت فتختنق الأوعية أو بالأحرى ان ما يحدث هو حالة تليف (Cirrhosis) فى الباسور مثل التى تحدث فى الكبد من امتصاص بعض السموم (Periportal Cirrhosis)

على أنه ليس من السهل اثبات صحة أحد هذين الرأيين أو خطئه والطريقة الوحيدة للوصول إلى ذلك هى أن نحقن سبعة أو ثمانية بواسير فى مرضى مختلفين ثم يقطع واحد من تلك البواسير كل يوم فى أيام متتالية، وتفحص جميعها ميكروسكوبياً ولا يخفى عليكم ما فى ذلك من صعوبة الحصول على موافقة المرضى لعمل كهذا من جهة ومن جهة أخرى الضرر الذى لا بد وأن يحصل من عمل عملية استئصال البواسير وما يسبقها من تحضير الشرج بالحقن الشرجية والغسيل وخلافه في حالة التهاب ذلك الجزء بسبب حقنة الفنيك السابقة

وقد أتاحت لى الفرص أن رأيت فى العام الماضى قطاعاً ميكروسكوبياً في باسور كان قد حقن منذ سبعة أيام بمحلول فنيك ١٥٪ وقد ظهرت فيه علامات التخثر داخل الأوعية مع وجود خليات لمفاوية بكثرة حول الأوعية هى بلا شك مقدمة التليف الذى كان يحدث لو ترك الباسور مدة أطول من ذلك — غير أن امتحان حالة واحدة لا يكفى للوصول الى استنتاج و يغلب على ظنى أن كلا الرأيين صحيح وأن التخثر والتلف يحدثان إما معاً في الحالة الواحدة و إما كل على حدة في حالات مختلفة وسواء أكانت النتيجة تخثراً فى الاوعية أم تليفا حولها فان تلك النتيجة لا تبقى فى أغلب الاحيان أكثر من ثلاث أو أربع سنوات ثم تعود الأوعية إلى التمدد والاحتقان بعضها أو كلها .

المضاعفات

دعونى أؤكد لكم ان علاج البواسير بالحقن ليس بالأمر البسيط الذى يستهان به وان العلاج بالعملية أأمن شراً وأقل ضرراً فى ايدى الجاهلين باصول الحقن لأن المضاعفات الناتجة من استعمال الحقن فى كل الحالات بدون تمييز بين الصالح منها لهذه الطريقة وغير الصالح واستعمالها على غير الطريقة العلمية المثلى تزيد عن المضاعفات التى تحدث من العلاج بالعملية

وقد عثرت على إحصائية عن ٣٣٠٤ حالات عولجت جميعها بالحقن جزافاً بدون تمييز بين ما يصلح منها وما لا يصلح وبمعرفة هيئات مختلفة منها الاطباء وغير الاطباء واستعملت فيها محاليل مختلفة منها المركز ومنها المخفف واليكم بيانها

٣٣٠٤ حالات

موت	١٣
انسداد مسمارى فى الكبد Embolism	٨
خراج فى الكبد	١
هبوط زائد	١
نزيف خطر	١٠
ارتخاء تناسلى مستمر	١
ضيق فى المستقيم	٢
ألم شديد	٨٣
تسمم بالفنيك	١
عدم حدوث أى تحسين	١٩
التهاب شديد	١٠
خشكريشة وخلافه	٣٥

من ذلك يتضح لكم ما يمكن ان ينتج من الاضرار عن العلاج بمثل هذه الطريقة « البسيطة » — أما تفسير هذه المضاعفات فكما يأتى : —

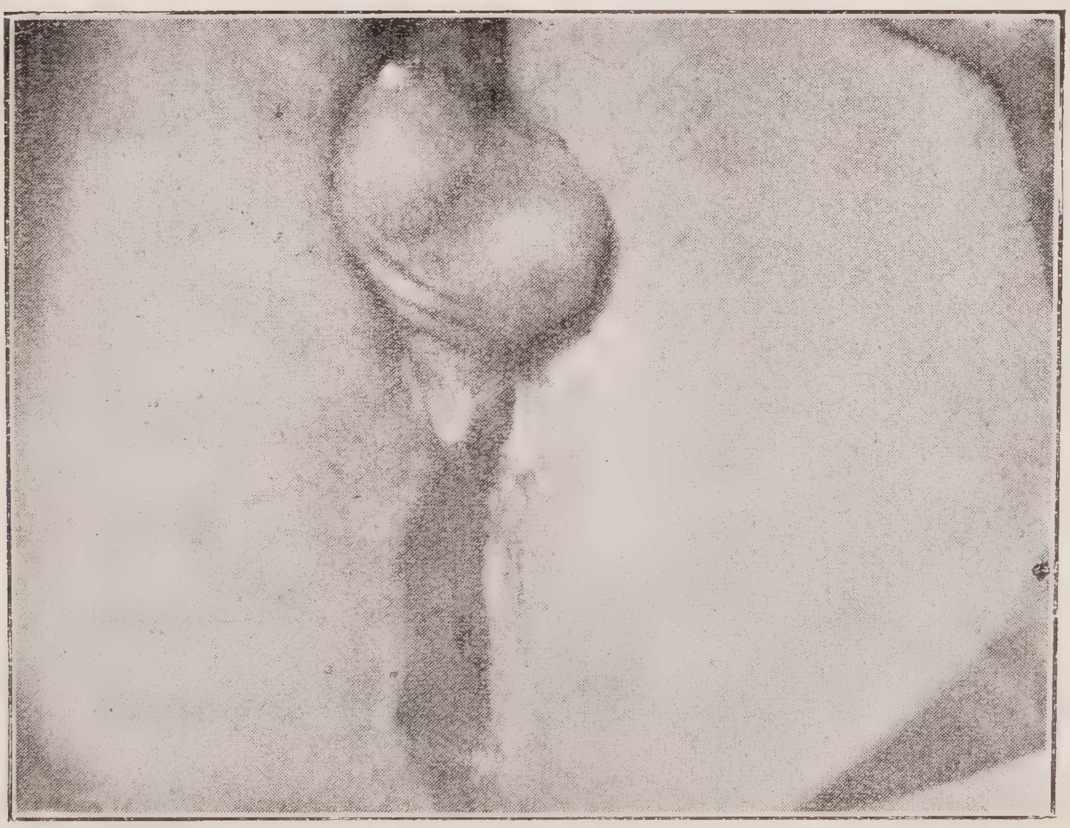
الانسداد المسماري وخراج الكبد : يتسببان من التخثر السريع فى الاوردة الباسورية (وذلك نتيجة الحقن بمادة مركزة) ومن كون تلك الدّمات (Clots) رخوة (وذلك نتيجة التقيح) ولا شك فى ان التخثر إذا حصل بالتدريج ولم يتقيح لا ينتقل من الاوردة التى ابتدأ فيها

النزيف الشديد : إذا كان أوليا فسببه عدم الحقن فى النقطة الصحيحة وإذا كان ثانوياً فسببه التعفن والتقيح والتقرح

الألم الشديد : سببه وصول المادة المحقونة الى الجزء الحساس من الشرج وهو خط الاتصال بين الجلد والغشاء المخاطى وذلك ما يجب تحاشيه كما سأبينه فيما بعد

عدم حدوث أي تحسين : مسبب على ما أظن من استعمال محاليل أضعف من الواجب (٥ ٪ فما دونها)

الالتهاب الشديد والخشكريشة : سببها قوة المحاليل وحقنها تحت الجلد أو تحت الجدار العضلى (انظر الشكل نمرة ١)



« حالة خشكريشة في العجان ناتجة من استعمال محلول مركز »

تبين لكم هذه الاحصائية أثر عمل الجهلاء والدجالين أما النتائج التى حصل عليها علماء الفن ومن اتبع طريقهم فمشجعة للغاية ففى مستشفى سانت مارك مثلا عملوا نحو سبعمائة حالة متوالية لم يحدث فى أحدها مضاعفات بالمرة ولم يتبعها موت احد

النتائج

أول تأثير لحقن البواسير هو انقطاع النزيف ومن المدهش انه فى بعض الاحيان حقن باسور واحد يوقف النزيف من البواسير الاخرى ومع علمى بصحة هذه المشاهدة لم اتمكن من الوقوف على تعليلها ولذلك اترك لكم التخمين فى تفسيرها

ثم يتضخم الباسور ويحدث فيه قليل من الالتهاب يصحبه شعور بمضايقة في الشرج وحس المريض بوجود جسم غريب فى القناة الشرجية ويستمر ذلك الشعور نحو خمسة أيام

وعند تمام العلاج تضمر البواسير وتتحول إلى خيوط ليفية عمودية مغطاة بالغشاء المخاطى السليم

ويجب ان نعلم قبل كل شئ ان حقن البواسير ليس علاجاً شافياً وانما هو علاج ملطف (Palliative treatment) فان عدد الحالات التى تشفى تماماً بهذه الطريقة قدره الاحصائيون بعشرين فى المائة ولو أن المغفور له الدكتور جريم اندرسون كان يدعى ان ٨٠ ٪ من المرضى الذين عالجهم بالحقن برئوا كلية ولم يدع مثل تلك النتيجة الباهرة أحد غيره ومعظم المشتغلين بهذا الموضوع يعترفون أن ٨٠ ٪ من مرضاهم تعود لهم الاعراض بعد مدة تختلف بين ستة شهور وست سنوات ولو أن أغلب المرضى يبقون خالين من الاعراض لمدة ثلاث أو أربع سنوات.

انتقاء الحالات

هذه أهم نمط الموضوع الذي نحن بصـدده اليوم فبالتميز والاعتناء فى انتقاء الحالات يمكننا ان نبعد اغلب المضـاعفات وجميع النتائج السيئة ونحصل على نتائج باهرة جداً

أولا يجب على الطبيب إخبار المريض صراحة انه لايضمن له الشفاء المستمر وان اعراض البواسير ربما تعود اليه بعد مضى بضع سنوات وستجدون كثيرين من المرضى يتطلبون منكم العلاج بالحقن رغم هذا الانذار والتفسـير لانهم يفضلون ان يعالجوا بهذه الطريقة كل ثلاث سنوات على ان تعمل لهم عملية جراحية لاسباب كثيرة منها مثلا

(١) خوف من العملية

(٢) لان وقتهم لايسمح لهم بالانقطاع عن أعمالهم مدة اسبوعين كالاطباء والتجار وخلافهم

(٣) لان حالتهم الصحية العامة لاتتفق مع التخدير العام أو الجزئى

(٤) كثيراً ما يجد الطبيب بعد شفاء المريض من العملية الجراحيـة انه ترك باسوراً إما عمداً لكثرتها وإما سهواً ففى مثل هذه الحالات يحسن انيحقن الباسور المتروك بالفنيك

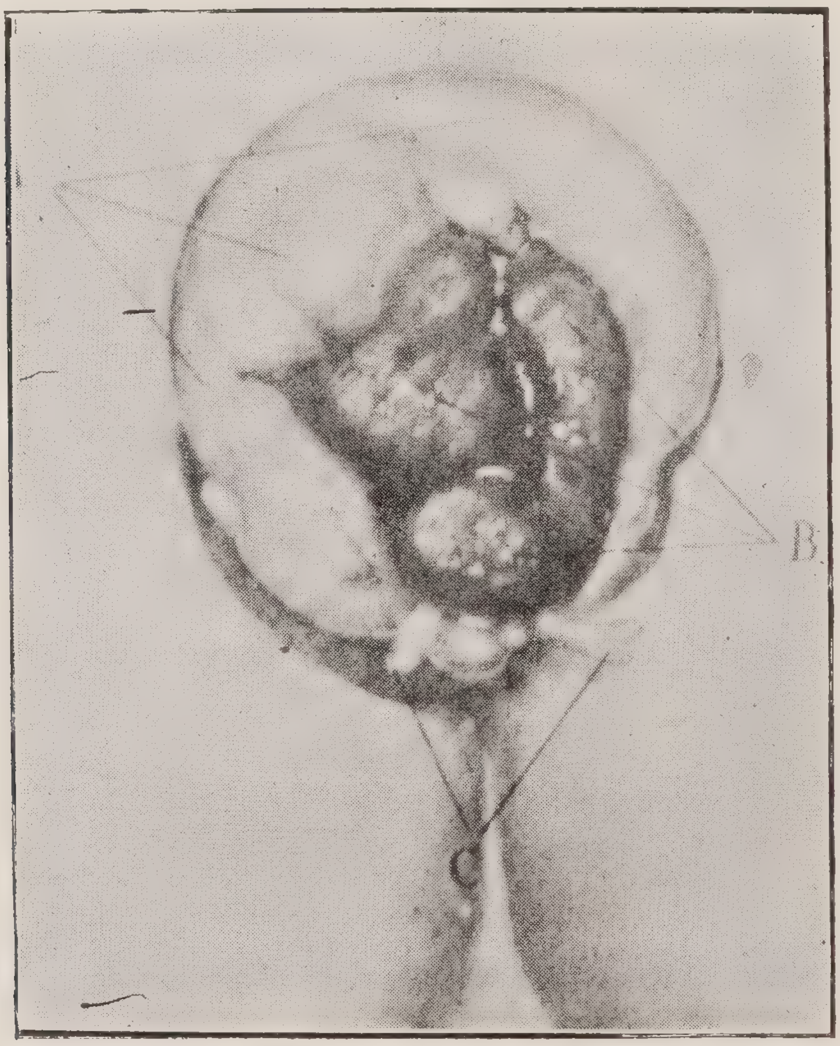
هذه هى الحالات التى يفضل فيها العلاج بالحقن على العملية الجراحية . فما هى الحالات التى لا يصلح فيها العلاج بالحقن والتى يجب على الطبيب ان يرفض بتاتاً علاجها بتلك الطريقة ؟

هذا بيان بعضها : —

(١) جميع الحالات التى بهـا مضاعفات كالتشقق والالتهاب والتخثر والسقوط الخ

(٢) البواسير الظاهرة : نتيجة حقنها الآم شديدة فضلا عن جواز حدوث تقرح وخشكريشة فى الجلد (انظر الشكل نمرة ١)

(٣) البواسير الداخلية المتصلة ببواسير ظاهرة : (Intero-External piles) وهذا فخ طالما وقع فيه المبتدئون لاننا إذا حقنا باسوراً داخلياً وكان متصلا بباسور خارجى كان هذا بمثابة حقن الباسور الخارجى فضلا عن ان احتقان والتهاب الجزء الخارجى يسبب اختناق البواسير الداخلية عندما يحدث سقوطها وهو حادث لا محالة (انظر الشكل نمرة ٢)



(شكل ٢)

« حالة سقوط بواسير داخلية مختفية من التهاب الجزء الخارجى منها »

(٤) ارتخاء وتمدد المصرة أو العضلة العاصرة : (sphincter) حيث يصعب منع البواسير المحقونة من السقوط ويعقب ذلك اختناقها

(٥) تشنج وتهيج العضلة العاصرة : لان مثل هذه الحالات تعقبها الآم

(٦) البواسير المتضخمة

(٧) البواسـير الشريانية

(٨) الحالات المزمنـة

(٩) إذا زاد عدد البواسـير عن ثلاثة

فاذا حصرنا هذه الاستثناءات وغيرها بحسب خبرة الطبيب وجدنا ان نحو ٥٠ ٪ من حالات البواسير غير صالحة لعملية الحقن وبقيت لنا الحالات الخفيفة للعلاج بالحقن

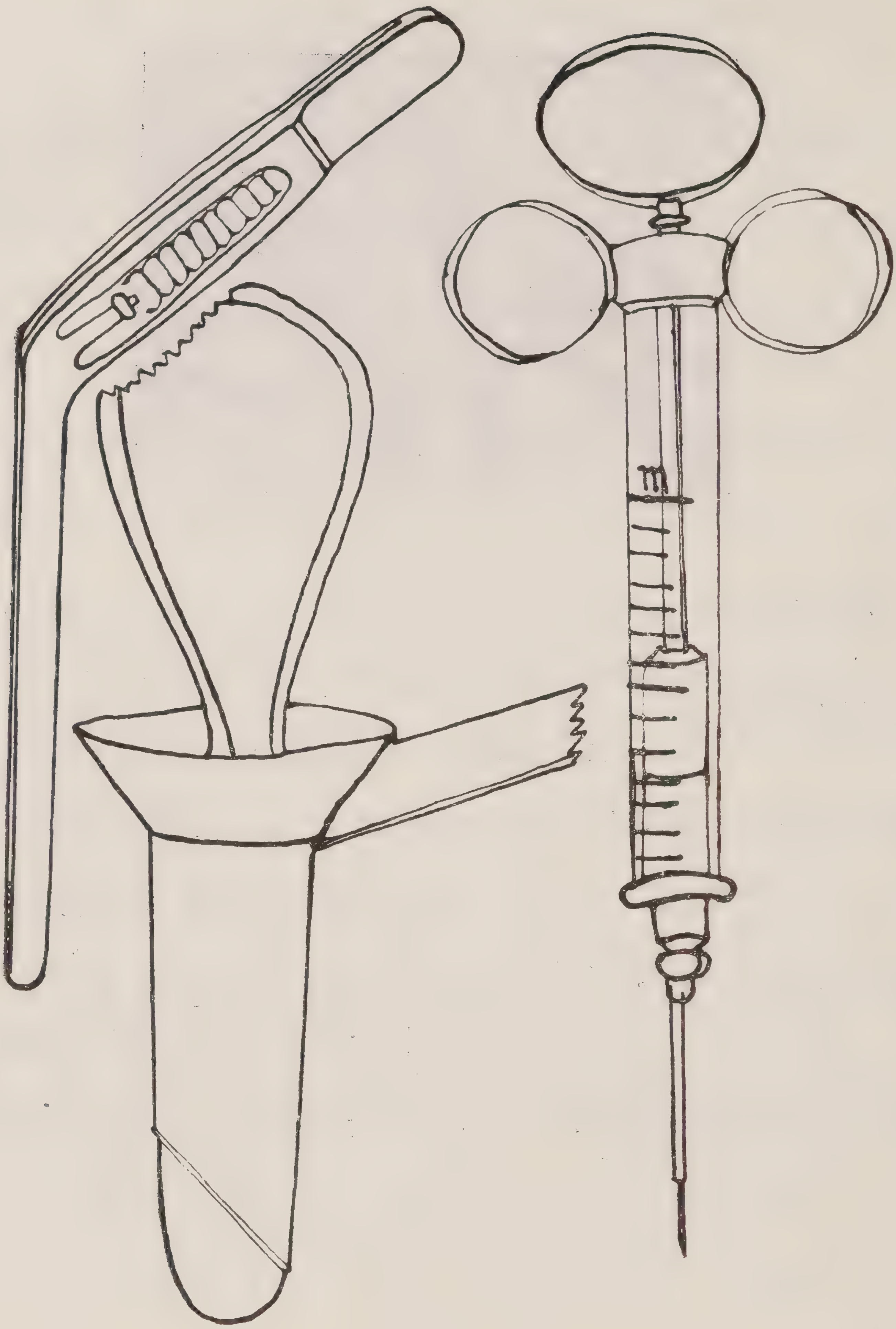
طريقة الحقن

يجب لاتقان عملية الحقن ان يكون لدى الطبيب الآلات الخاصـة بها وهى منظار وجفت وحقنة خاصة بها (انظر الشكل نمرة ٣)

والمحلول الذى استعمله انا عبارة عن فنيك ١٠ ٪ فى مقادير متسـاوية من الماء والجليسرين

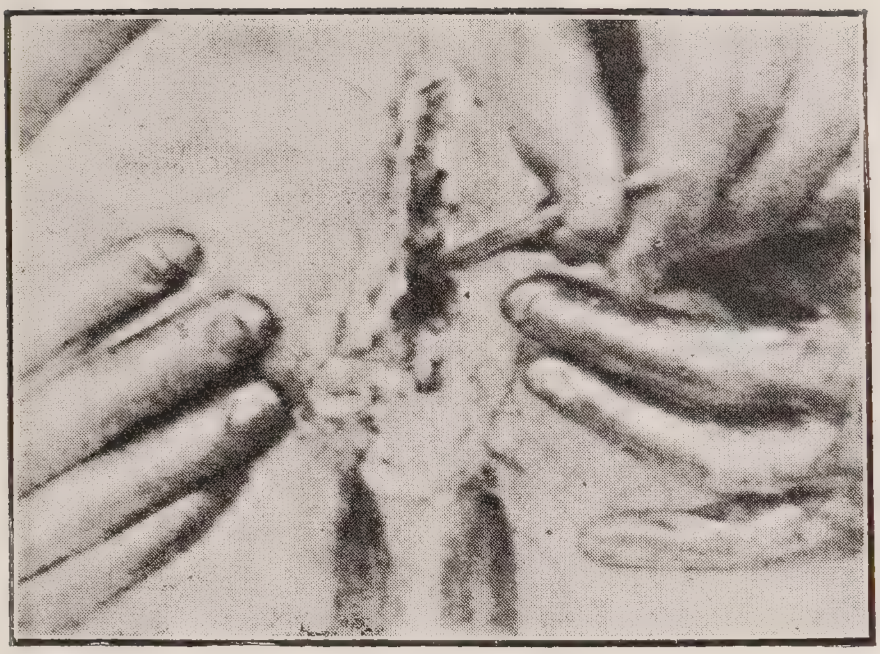
ويستحسن أن يعطى المريض مسهلا فى المساء السابق للعملية ولا داعى بالمرة لمخدر من أى نوع حيث أن العملية تجرى على جزء غير حساس من القناةالشرجية وكثيراً ما تعمل الحقنة دون أن يشعر المريض انها عملت له

ويستحسن أن ينشف الجزء المزمع حقنه وتوضع عليه نقطة صغيرة من الفنيك النقى بعد تثبيته بالجفت الخاص ثم يطعن الباسور بالحقنة على بعد نحو نصف سنتيمتر من قاعه ويحقن فيـه من خمسة إلى عشر نقط حسب حجم الباسور وفى اتجاه عنقه



(شكل نمرة ٣)

وعلى الطبيب أن يتحاشى نفاذ الحقنه فى جدار المستقيم العضلى والا نتج عن ذلك فلغمونى حول المستقيم (انظر شكل ٤)



(شكل نمرة ٤)

« حالة ناسور مثانى شرجى ناتج عن غلغمونى حول المستقيم من حقن البواسير بالفنيك »

ويستحسن مس الحتمنة بعد خروجها بقليل بمحلول الادرنالين $\frac{1}{1000}$ ثم يتمم الغيار بوضع قليل من الفازلين أو مرهم السكلوريتون

ويجب اعلان المريض أنه إذا سقطت البواسير الى الخارج بعد ذهابه أن يرجعها الى داخل الشرج فى الحال

والأسلم أن لا يحقن أكثر من باسور واحد فى كل مرة وأن تكرر الحقنة مرة في الاسبوع أو على الأقل بعد خمسة أيام ومع أن كثيراً من البواسير تكفيه حقنة الا أن أغلبها قد يتطلب لشفائه ثلاث حقن وربما احتاج بعضها لخمس حقن فأكثر

المصل الواقى من الحصبة

(B. Debné, H. Bonnet and C. Decaim) يصفون فى مجلة القوانين الصحية الفرنساوية بعدد يناير سنة ١٩٢٦ ص ٢٤ Rev. d'hygiène النتيجة التى حصلوا عليها من حقن مصل الدم الحصين فى مرضى الحصبة أوفي أطفال معرضين لعدوى المرض . وقد أنشىء فى مارس عام ١٩٢٥ معمل فى فرنسا لغرض جمع المصل من الاطفال الناقهين أو الذين شفوا من الحصبة فمن أول مارس لغاية ١٨ نوفمبر جمع من المصل ٢٨٩٧ س.م وأغلب هذا المقدار من البالغين وهذه الكمية تقدر ب ٥٥٥ مقدار علاجى للحصبة

على أن هذا المصل استعمل خصيصا لمنع انتشار وباء الحصبة الذى كان قد تفشى فى مستوصف للأطفال . ولكن جزءا من هذه قد استعمل لأطفال آخرين فى منازلهم . وكانت النتيجة مشجعة جدا للمكتشفين لان ٥ ر ٨٣ ٪ من الاطفال الذين اعطوا المصل للوقاية قد نجوا تماما من العدوى و ٥ ر ١٢ ٪ الباقون اصيبوا بحصبة خفيفة جدا ولم تحدث أى حالة وفاة البتة .

وقد ظهر في عوامل أخرى ان المصل الواقى للحصبة قد أفاد فائدة واضحة فى ايقاف تيار الوباء وان الاطفال الذين حقنوا به نجوا من العدوى وان الاطفال الذين وضعوا كتجربة احصائية قد اصيبوا بالمرض — هذا ماقاله هؤلاء الثقاة ويلاحظ انه ولو انهم لم يعطوا احصائية للمقارنة فقد اثبتوا انهم امكنهم منع عدوى ٨٧٥ طفلا.

ح . ك

مصل الناقهين كعلاج واق من الجدري الكاذب

نقلا عن (Arch. of Ped· Nov. 1925 p 709) حقن S.A.G. Michall و F. Ravenel ٦٨ حاله بمقدار ٢ لغاية ١٠ س.م فى العضل (ولم تكن هذه الحالات قد اصيبت

بالجدرى من قبل) بمصل من مرضى ناقهين من المرض . وقد حقنوا في مدة مابين يوم الى سبعة ايام لتعرضهم للعدوى — اربعة من هؤلاء اصيبوا بالجدرى الكاذب من ١٧ الى ٢١ يوما بعد التعرض للعدوى و ٦٤ حالة لم تظهر عندهم اى اعراض المرض وقد روقبوا لمدة ٣٠ يوما بعد التعرض للعدوى واعمار المرضى كانت مابين شهر واحد و ٢٧ سنة وكانت نسبة من أصيبوا بالمرض ٤ فقط

وبعد اسقاط ١٣ مريضاً فوق الخامسة عشرة من العمر و ١١ لا يتجاوزون الست سنوات أصبحت نسبة من أصيبوا بالجدرى من الأربعة والاربعين الباقين ٦٫٨ ٪

أعيد تعريض ١٢ طفلا للعدوى بعد مضى ٢١ يوماً من أخذ الحقنة و٦أطفال أعيد تعريضهم بعد مضى ٣٢ يوماً وثلاثة بعد أربعين يوماً فأصيب طفل واحدممن أعيد تعرضهم للعدوى بعد ٢١ يوماً إلاأن الباقين نجوا وعلى ذلك كان استنتاج هؤلاء الثقاة كما يأتى :

أولا — مصل الناقهين من الجدرى الكاذب له خاصية مناعة كافية لمقاومة العدوى تبرر جواز جمعه واستعماله فى المستشفيات كعلاج واق فى حالة الاطفال ضعاف البنية أو فى حالة كون تغذيتهم رديئة

ثانيا — وبما أن المقدار الواقى غير محدود الكمية فيرجح اعطاء أكثر من ٤ س م من المصل حقنا فى العضل

ثالثاً — وينبغى اعطاء المصل اذا أمكن فى خلال ثلاثة أيام بعد التعرض للعدوى

رابعا — ان تأثير المصل الواقى يمتد لمدة اثنى عشر شهراً بعد جمعه

خامسا — أن الحصانة الوقتية التى نحصل عليها من مصل الناقهين من الجديرى غالبا تمتد الى نحو الخمسين يوما «ح . ك»

فائدة نوفاسورول Novasurol

والمدرات الاخري

فى اوذيما مرض القلب

بقلم C. G. Lambi, M. C. F. R. C. R. E. D.

ان فائدة الزئبق كاحد مدرات البول فى علاج استسقا القلب معلومة من زمن بعيد وان الزئبق يعطى عادة مع الدجتالا كما فى حبوب جايز (Gays pill) . وكانت دائماً القاعدة ان يعطى الزئبق مع الدجتالا حتى قام هناك شك فى ان الزئبق وحده مستقلا عن الدجتالا له فائدة الادرار ... على ان هذه النقطة قد انجلت لان الزئبق فى شكله المعدنى (حبوب الزئبق) مثلا يدر البول فى حالات الاستسقا المتسبب عن القلب حتى إذا اعطيت الحبوب بدون الدجتالا ولكن الدجتالا معها بدون شك تكثر قوة الأدرار .

إذن فظهور مركب عضوى يحتوى على نسبة عظيمة من الزئبق ويمكن حقنه فى الوريد أو العضل وله خاصية كبيرة فى الأدرار تكون معرفة هذا الدواء سارة لنا .

نوفاسورول (Novasurol) عرف فى امريكا والمانيا ولم نعرف فائدته هنا حتى ظهر أخيراً موضوع الدكتور جلكرست (Dr. A.R. Gilchrist) بخصوص فائدة هذا الدواء . وهذا الدواء يحتوى على ٣٣٫٩ ٪ من الزئبق والمقدار الذى يعطى منه هو ١ س . م من محلول بنسبة ١٠ ٪ .

ويظهر لنا ان مقدار الزئبق به قليل نسبياً حيث انه ٣٣٩ . ٫ . من الجرام أو ما يساوى واحداً ونصف قمحه من حبة الزئبق ولكن بالرغم من ذلك فان قوة ادراره اعظم بكثير من المعدن الزئبق إذا اعطى بالفم بالطريقة المعتادة .

وبما ان الزئبق الموجود في نوفاسورول موجود بشكل متشعع كهربائى (Ionisable form) فهو أقل تسمما وليس له تأثير مهيج موضعياً بشرط عدم نفاذ أى جزء منه فى الانسجة المجاورة . وزيادة على ذلك فانه لا يحدث مغصاً وإسهالا مثل الزئبق إذا اعطى من الفم . وان سرعة ذوبان الدواء تساعد على امتصاصه بسرعة من موضع الحقن أكثر مما اذا أعطى الزئبق المعدنى أو الكالوميل من الفم ثم ذكر صاحب المقال عدة حالات أفادها العلاج أحسن من باقى المدرات الاخرى وهذه الحالات تؤيد ما يأتى :

ان الدجتالا والتيوبرومين تسبب بعض زيادة في البول ولكن أخيرا يقف مفعولها كما هو الحال أيضاً مع ثيوسين Thescin وأن اليوريا Urea والزئبق المعدنى اذا أعطيا وحدهما يسببان الادرار إلا أن النوفاسورول يسبب ادراراً أكثر وفى كل حالة أعطى فيها Novasural كان يحدث تجشوءاً وشعوراً بضعف عام ولكن المخاط فى الغائط لا يزيد . ولكن وجود التهاب معوى عند الشخص يمنع اعطاءه

وبعد أعطاء Novasural لا يظهر الادرار البولى الا بعد مضى ثلاث أو أربع ساعات ويصل الادرار لنهايته العظمى بين الساعة الثامنة والثانية عشرة وينتهى مفعوله بعد ٢٤ ساعة وبامتحان البول يشاهد ان الاشياء التى تزيد فيه هى الماء واملاح الكلورور اما اليوريا Urea فزيادتها محسوسة فقط ؟

المعرب — لعل الكثيرين من حضرات الزملاء لايعرفون (النوفاسورول) لانه مركب حديث فنقول انه من المركبات الثابتة Stable Compounds واسمه الكيميائى Oxymercurichlor Phenoxylactie Acid Sodiun and dia Hiylmalonyl uric Acid.

ويعطى من محلوله ١٠ ٪ من ١ — ٢ س . م حقناً فى العضل او فى الوريد ويعطى مع Neosalvarsan وله خاصية مدرة للبول و يستعمل فى حالات استسقا القلب

ح . ك

علاج السل الرئوى بواسطة (Sanocrysin)

سنوكريسين

اجتمع أعضاء قسم فن العلاج والفرماكولوجيا والأمراض الباطنية من الجمعية الطبية الملوكية فى ١٢ يناير سنة ١٩٢٦ وكان فى كرسى الرياسة الدكتور جورج جراهام وهو مدير قسم فن العلاج Therapeutics وكان موضوع البحث دائراً حول علاج السل الرئوى بواسطة سنوكريسين حيث افتتح المناقشة الاستاذ (T.R. Elliott F.R.S.)

نوه الأستاذ (اليوت) بإيجاز عن مسألة مرور سنوكريسين فى الجسم فقال انه بعد حقنه وريدياً يفرز سريعاً بواسطة الكلى والقليل منه بواسطة الامعاء ... وبعد أربعة أو خمسة أيام تهبط نسبة تمركزه فى الدم والرئة بسرعة ، ويتجمع الملح اذن فى مكان آخر — على الخصوص فى الكلى . أما الاعراض التى تعقب الحقنة فهى يسيرة جداً مالم يكن هناك محل غزير الأوعية معدى فى الجسم فحينذاك تحدث أعراض انعكاسية شديدة . ومن جهة أخرى لو أعطى العلاج بكمية كبيرة فقد ترتفع الحرارة ارتفاعاً عظيما مع حصول صدمة ومع ظهور علامات تسمم جلدى وكبدى وكلوى وقد عزى أسباب هذه الاعراض المجربون الدنمركيون للتسمم الدرنى وهى حقيقة من الخطورة بمكان .

وعالج الأستاذ اليوت احدى عشرة حالة ضمنها ثلاثة من نوع عدوى البقر bovine infection وفى حالة منها لم يكن تشخيص الدرن الرئوى مؤكداً ... ومن السبع الحالات الباقية اثنتان ماتتا . ولكن لا يمكن أن يعزى السبب لهذا الملح لان المرض فى كلتا الحالتين كان شديداً جداً قبل بدء العلاج ولا يمكن القول مطلقاً أن السنوكريسين أسرع بالنهاية ... وفى حالة أخرى كانت فائدة العلاج مشكوكا فيها

وكانت المريضة هزيلة جداً ولم ينفع فيها جميع العلاجات الأخرى — وبعد اعطائها المقادير الكبيرة كما كانت العادة فى اعطائها فى ذلك الوقت حدث للمريضة هبوط فى الحرارة وقىء وزلال و بعد ذلك أصبحت عاجزة عن المشى وطريحة الفراش وبعد أن أرسلت لمنزلها ولم تكن العناية المنزلية طيبة وبالرغم عن ذلك فقد تحسنت حالتها والآن وقفت علامات المرض جميعها ولا يوجد عندها أى أعراض كاوية والظاهر من تأثير السنوكريسين أنه يزيد الأوعية الموضعية حول منبع العدوى ولكن لم يثبت للآن أنه يقتل باسيل الدرن وللآن لم يظهر له أى فائدة فى حالات الغدد الدرنية

وفى حالة أخرى — شاب فى الثامنة عشرة مصاب بتدرن رئوى في بدء المرض إلا أن المرض كان سريع الانتشار حصل له تحسين سريع بمجرد أخذ حقنة واحدة نصف جرام وبعدها ببضعة أيام أعطى له جرام وقد حصلت له حركة انعكاسية Reaction وطفح جلدى ولكن لم يظهر عنده زلال . والحرارة هبطت للحد الطبيعى وفى ثلاث الحقن الباقية التى أخذها وكانت كل واحدة جراماً لم تظهر عنده أعراض انعكاسية وزال باسيل الدرن من البصاق وكان المريض معافى فى أثناء المدة التى قضاها فى المصح — Sanatorium

و يعتقد الاستاذ اليوت أن أحسن النتائج تشاهد فى الحالات التى يحدث عندها أعراض انعكاسية مع ارتفاع فى الحرارة وطفح جلدى أما مسألة الزلال فيمكن عزوها لمقدار الملح والمدة التى تمضى بين الكميات المأخوذة

وهناك حالة أخرى كانت مصابة بالتهاب بلورى وبريتونى وقد عولجت بجميع الوسائط الأخرى لمدة ثلاثة أشهر بدون جدوى ولكن السنوكريسين نقى السائل البطني في مدة ثلاثة أسابيع . وفى ولد عمره ١٤ سنة كان مصاباً بالعدوى الدرنية في غدد الرقبة والصدر أخذ عدوى السل بعد عملية جراحية وأصبح مريضاً جداً

أفاد السنوكريسين بدرجة عظيمة ونزلت الحرارة للطبيعى وزاد الولد فى الوزن إلا أنه كان موجوداً في الرئة بضعة أجزاء متكبدة — والآن رجع الولد إلى عمله ولكنه ليس فى صحة جيدة ويظهر أن التحسين كان فقط وقتياً على أن الاستاذ اليوت يعتقد أن السنوكريسين يحدث تحسيناً سريعاً فى حالات الدرن الرئوى عن أى علاج آخر

المعرب — لا أرى فائدة من ترجمة المناقشة بحذافيرها بل يكفى أن أقول أن كل من تكلم في هذا الاجتماع ذكر تجربته الشخصية فى مرضاه واذن للاختصار نذكر المهم فقط من هذه المناقشة لمعرفة حقيقة العلاج بالسنوكريسين الذى ذكرت عنه نبذة فى العدد الفائت من هذه المجلة

ثم قام الاستاذ Cummins وذكر نتائج ٢٥ حالة عالجها بالسنوكريسين وفى حالاته يقول ان أغلبها تحسن ولكن انتكست ثانياً واعيد فى بعضها العلاج مرة واثنتين وبعض المرضى رفضوا العلاج — ويقول انه فى مدة العلاج كان يلاحظ ان المريض ينقص فى الوزن بعد العلاج ويقول ان العلاج يؤثر على باسيل المرض كما برهن على ذلك فى ارانب عداها بباسيل الانسان الدرنى — ويقول فى النهاية ان اعظم نفع للسنوكريسين هو انه يرفع حالات سل المستشفيات الى مستوى سل المصحات

ثم قال الاستاذ F.R. Fraser ضمن ما ذكر من الحالات التى عالجها انه عالج رجلا عمره ٣٠ سنه وكان مصاباً بنوبات نزف رئوى من مدة ٨ سنوات ولكنه اصبح فى حالة جيدة بعد بدء هذا العلاج ويقول بوجوب اتباع مقادير صغيرة ولا يجب ان يزاد المقدار عن جرام

ثم قرأ الدكتور Tattersall عن ١٠ حالات يقول انها كلها تحسنت جداً وظهر أيضاً التحسين من اعدام الباسيل فى البصاق ومن خيال الأشعة

ويقول الدكتور G. Marshall انه مكث بالدنمارك ثلاثة اسابيع ورأى مئات

الحالات تعالج بهذه الطريقة . وان واحداً أو اثنين من الاطباء الدنمركين يعالجون للآن بالمقادير الكبيرة التي يحبذها Secker أما الباقون فقد رأوا فائدة من المقادير الصغيرة وقد ترك الجميع استعمال المصل الا ان Secker يستعمله وقدمات مريضان من استعمال المصل ولكن بدون اي علامات من (تأثير زيادة الحساسية للمصل) Anaphylaxis ولذا فقد ظهرت خطورة هذا العلاج (اعنى بالمصل)

ثم قام الدكتور F.R.G. Heaf ووصف طرق العلاج بالسنوكريسين المتبعة في مصح ذكرى الملك ادوارد السابع وقال بوجوب البدء بمقادير صغيرة $\frac{١}{٢}$ جرام ثم تزاد تدريجياً لغاية جرام واحد ولكن لايزاد عن هذا المقدار وهو يقول انه بذلك لا تحصل أعراض انعكاسية شديدة

المعرب — Sanocrysin من محضرات أملاح الذهب الحديثة ولم تستعمل في السل الرئوى بمستشفيات الحكومة للآن وقد طلب قصر العيني استحضارها كما أفهمني الدكتور عبد العزيز بك اسمعيل والقاعدة الكيمائية لهذا الملح هى $Au(S_2O_3)_2NO_3$ وهو ملح متبلور أبيض اللون يذوب في الماء

« ح . ك »

سبب الاكلامبسيا Eclampsia

بقلم H. Elwny

نقلا عن Amer. Journ.obest. and Gynecol. عدد نوفمبر سنة ١٩٢٥

لاحظ (ألون) ان ظاهرة الاكلامبسيا فى الحمل قد فسرها كثيرون على أوجه عديدة الا أن الرأى الحديث يرجح ظهورها بتأثير تسمى حادث من تغيّر غذائى للمشيمة . . . ويقول Volhard ان الحالة الاكلينيكية للاكلامبسيا ناتجة عن تقلص انقباضى شريانى عمومى . . . و يقول (ألون)Elwyn ان التنبيه العصبى الحاكم للانقباض الرحمى والانقباض الوعائى Vaso-Constriction يأتى فى كلتا الحالتين عن طريق الخيوط العصبية الصدرية القطنية (Thoracico-lumbar) للجهاز العصبى السمبتاوى

وان الانقباض الرحمى يمكن احداثه اذا نبهنا الجزء الامامى للسرير البصرى optic Thalamus وأيضا لقاع بطين المخ الثالث third Ventricle وفى النخاع المستطيل Medulla يوجد أيضا مركز لحركة الأوعية Vasomotor Centre ويمكن احداث انقباض وعائى عمومى بتنبيه الجزء الاسفل للسرير البصرى — وهو يقرر أخيرا ان المراكز التى تحكم قوة انقباض الأوعية والانقباض الرحمى كلها مشتركة مع بعضها وان الانعكاسات العصبية تمر كلها فى طريق واحد . . وهو يقول انه فى بدء الحمل يزيد تنبيه الاعصاب الرحمية وبالتالى تنبيه مركز هذه الأعصاب فى المخ وان قرب هذا المركز لمركز الانقباض الوعائى يجعل هذا التنبيه يمتد اليه . . . وهذه الطريقة الميكانيكية العصبية تزيد وضوحا كلما تقدم الحمل وتمكث طالما كان الرحم محتاجا للانقباض أعني لغاية نهاية الحمل . . . و يقول (Elwyn) ان زيادة التنبيه العصبى موجودة لحد مخصوص فى كل الحبالى ولكن

فى أحوال خصوصية يزيد هذا التنبه العصبى فتحدث منه تقلصات عمومية للأوعية الشريانية الشعرية . . . ويقول أن مهيئات التنبيه التى تسبب الأكلامبسيا تشمل أنواعاً عديدة مختلفة مثل الحزن الشديد والمجهودات الطبيعية الشديدة ومرور دم الطفل فى دورة دم الأم . هذه الانقباضات الوعائية العامة هى فى اعتقاده التى تحدث الحالة الاكلينيكية المسماة بالاكلامبسيا

(المعرب) : يذكر من حضر محاضرة حضرة الأستاذ باور الألمانى التى القاها أخيراً بنادى مدرسة الطب فى موضوع التسمم البولى (Uraemia) أنه لا يظن أن الاكلامبسيا ناتجة عن تسمم بولى كلية ويقول أنه يكفى لتهدئة الحالة عمل بذل للسائل النخاعى . وهذه النظرية تؤيد بحث (Elwyn) الحالى

ح . ك

هدية وشكر

اهدانا حضرة النطاس الدكتور عبد العزيز بك نظمى كتابه (أمراض الاطفال الكثيرة الانتشار) فالمجلة تشكره على هديته الثمينة ومجهوده العظيم

علاج ألم الحيض Dysmenorrhoea

نقلا عن Therapeutic Gazette, Nov. 15th 1925

يقول E. Klaus أنه بينما اعراض ألم الحيض تحتاج إلى طرق عملية Radical measures إلا انه فى حالات عديدة قد تكفى الوسائط العلاجية المسكنة Palliative غير أن الصعوبة في اتباع مثل هذه الوسائط أن المريضة قد تصبح فريسة العادة (Drug habit) فى استعمال المسكنات .... وانه يقول انه أوقف الآم الحيض كلية فى سبع حالات باعطاء كلوريتون Chloretone وكان عادة يعطى ٥ قمحات مرتين أو ثلاثة يومياً لمدة أسبوع قبل ميعاد الطمث .. . ففى ست حالات كان هـذا العلاج لمدة شهور قليلة كاف لايقاف هذه الأعراض كلية ... إلا انه فى الحالات الباقية كان من الضروى ايقاف العلاج بالنسبة إلى مفعول العلاج المضعف المنوم ... وانه وجد أن الـكلوريتون بهذا المقـدار ليس ساماً نسبياً إذا قيس بالادوية الاخرى بل ويمكن زيادة هذا المقدار اذا كان ذلك ضروريا . . . وهو يعتقد أنه أقل المسكنات لاحداث التعود ولذلك فهو يميز عن جميع المسكنات الأخرى

ح . ك

حقن الايثير فى السعال الديكى

يقول A. Gold bloom فى عدد ٥ ديسمبر سنة ١٩٢٥ من Journ. Amer. Med. Assoc انه قارن طريقة حقن الايثير فى السعال الديكي حقنا فى العضل وحقناً فى الشرج وهو يفضل الطريقة الأخيرة ...

معلوم أنه بعـد حقن ١ الى ٢ س م من الايثير فى العضل يشم رائحة الايثير

فى النفس وتستمر الرائحة لمدة ٦ إلى ٨ ساعات مع تحسين سريع ودائم أيضاً لنوبات السعال إلا أن الألم الناتج عن الحقنة وجواز حدوث نكروز محل الحقن يجعل هذه الطريقة غير عملية

على أن الفائدة التى تظهر بعد حقن الايثير هى داعى التأثير المسكن الوقتى الحادث من الأيثير وقت خروجه من خلايا الرئة الهوائية

أما إذا كان للايثير تأثير قاتل للميكروبات فهذا الذى لم يظهر برهانه بعد ....

ولقد عالج (جلد بلوم) ٢١ طفلا بطريقة حقن الايثير فى الشرج مرتين يومياً بمقدار نصف درهم ١٫٥ س م منـه فى نصف أوقيـة زيت زيتـون ويقول أن هذه الطريقة أفادت عن طريقة الحقن العضلى وأن الطريقة الشرجية يمكن تأديتها بواسطة الأم أو المربية فلا تحدث ألماً أو نيكروزاً مثل طريقة العضل وعلاوة على ذلك يمكن استمرار العلاج لمدة طويلة وقد ذكر حالات كثيرة شفيت

ح . ك

استعمال الفسفور

لعلاج أمراض عديدة

يقول A. Castellani (فى أحد أعداد مجلة .Journal Trop. Med) إنه استعمل الفسفور فى أمراض عديدة واكتشف أن الزيت الفسفورى الموجود فى الاقربازين الانجليزى يمكن استعماله حقناً تحت الجلد ويمكن لأى طبيب أن يحصل على ٥ نقط مخففة فى عشر نقط من زيت اللوز

ويقول أن مفعوله شاف فى حالات القرحة الشرقية Oriental Sore خصوصاً فى الحالات التي لا يمكن معرفة سببها والتى تشاهد أنها عظيمة التقرح فيحقن الزيت فى قاع وحافة القرحة يوماً بعد يوم

وفى البروزات الدرنية Nodular lesions يحقن من ٣ الي ٥ نقط فى الدرنة وحولها مرتين فى اليوم

وفى حالتين من الاورام المحببة Granuloma واحدة شفيت والأخرى لم تشف وقد أفاد هذا العلاج فى الكساح ولين العظام وبرى برى

ح . ك

محضر الجلسة العلمية الثانية والستين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة من مساء الاربعاء ٢٧ يناير سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بالقصر العينى وبعد تناول الشاى والحلوى افتتح الجلسة الدكتور محمد خليل عبد الخالق مرحباً بحضرتى الاستاذين فوكس وباور وكذلك بحضرات الضيوف الكرام الذين كانوا بصحبتهما مقدماً للجميع حضرات الاطباء المصريين المتخرجين حديثاً . ثم قدم جناب البروفيسير باور لالقاء محاضرته عن (الجديد فى تشخيص أمراض الكبد وعلاجها) وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون كثيراً وفى مقدمتهم الرئيس بالنيابة الذى اعلن افتتاح المناقشة لمن يعن له بعض ملاحظات فقام الدكتور اسماعيل مرتضى وتكلم بعد أن شكر جناب المحاضر على محاضرته النفيسة عن بحث فان دن برج Van Den Berg وأطنب فى فائدته فقد استطاع به أن يقسم حالات Taundice إلى ثلاث مجموعات واضحة إن لم تكن متمايزة تعطى كل منها تفاعلا مميزاً لهذا البحث فالاولى وهى المجموعة (obstructive وتعطى التفاعل المباشر أو السريع

والثانية وهي المجموعة Haemolitic) وتعطى التفاعل غير المباشر أو البطىء والاخيرة وهى المجموعة التسممية أو المعدية وتعطى التفاعل Biphasal)

وهذه النتائج لم تكن ذات فائدة اكلينيكيا فحسب بل قد أعانته على الاستعراف على درجة الاسباب الباتولوجية Taundice فى الكثرة والقلة

وإنا نعلم فى المجموعة الاولى أن الصفراء تكون قد تخللت خلايا الكبد ولكنها تكون قد خرجت من متناوله وهذا سبب امتصاصها ثانية

وفي المجموعة الثانية تكون الصفراء لم تتخلل خلايا الكبد مطلقاً ولكنها تكون منفصلة تماماً عن الكبد دالة بذلك على تلف الخلايا

وفى المجموعة الثالثة نعلم أن كلا السببين السابقين موجودان

واستعلم من جناب المحاضر عما اذا كان يعتقد أن بحث Van Den Berg يمكن أن يؤيدى بأى شكل ما بحث Galactose من عدمه

ثم قام الدكتور سليمان عزمى بك وقال إنه استعمل هـذا الاختبار Van Den Berg فى جملة حالات فوجده سلبيا حيث يجب أن يكون ايجابيا وايجابيا حيث يجب أن يكون سلبيا كما انه أعطى نتيجتين متباينتين فى حالة واحدة ولذلك فحضرته لا يعتبره اختبارا قاطعا يصح الاعتماد عليه كثيرا وامتدح باقى الاختبارات وأشار الى اختبار الصفراء فى الدم بواسطة سائل كلورد الحديد ومحلول ثالث كلور حامض الخليك Trichlor Acetic Acid حيث أمكنه به اثبات وجود الصفراء فى الدم فى أحوال لم يمكن العثور على الصفراء فى البول ولدى حضرته مشاهدة عن ذلك تأيدت بالتشريح المرضى حيث وجد عند المريض بعد الوفاة Angionia كبيرة فى الكبد كما شاهد حضرته فائدة هذا الاختبار فى أحوال أخرى . وبعد ذلك تكلم الدكتور على حسن عن فائدة اختبار لافيالوز Laevulose

وتلاه حضرة الدكتور عبد العزيز اسمعيل بك وتكلم عن خطر حقن الانسولين بالشكل الذى أبانه جناب المحاضر

فقام جنابه وقال بأن اختبار فان دن برج ذو فائدة فى اثبات وجود آثار التلون الصفراوى فى الدم فى الحالات التى لا يعثر عليها في البول .

وان تقسيم وقيمة النتيجة المباشرة وغير المباشرة لهـذا الاختبار لا يمكن الاعتماد عليهما كثيرا ولا زالا قيد البحث كما هى الحال مع اختبار Quantitative

وأما اختبار لافيالوز Laevulose فقد أهمله واضعه نفسه نتيجة تباين نتائجه وكونها لا يمكن الاعتماد عليها وان اللافيالوز كثيرا ما يسبب الاسهال وكذلك فان جنابه لا يعد بحث الدم ذا قيمة لا بعد اختيار لافايالوز ولا الجالاكتوز .

ثم انتقل الى الكلام عن حقن الانسولين وقال بأنها ليست خطرة

فى الاحوال من ابتدائها اذا كان فى امكان المريض تعاطى جانبا من الخبز والفواكه بعد ذلك وفقط لا يوقف الحقن الا فى الاحوال حيث تنعدم الشهية على اننا لم نضطر مرة لايقاف الحقن فى مثل هذه الاحوال وان هذه المعالجة تعد خطرة فقط فى أحوال الكارسينوما Carcinoma اذا كان المريض لايمكنه أكل أى شيء . ولذلك فقد منعنا معالجة السرطان بهذه الطريقة التى كان سيلبرشتين Silberstein فى فينا يوصى بها كثيرا كعلاج مضاد للسرطان .

ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء بعدأن ختمها الدكتور نصر فريد بكلمة ترحيب بالضيوف حازت اعجاب الحاضرين م؟

القاهرة فى ٢٧ يناير سنة ١٩٢٦ — السكرتير

الجلسة العلمية الرابعة والستين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة السابعة ونصف من مساء الاربعاء ٢٤ فبراير سنة ١٩٢٦ برياسة حضرة الاستاذ على بك ابراهيم وبحضور نخبة كبيرة جداً من حضرات أطباء القاهرة والأقاليم و بعد تناول الشاى والحلوى افتتح الرئيس الجلسة وعرض على الحضور ثلاثة اقتراحات

(١) بخصوص السعى للحصول على امتياز تعاطى صناعة الطب للأطباء المصريين بالبلاد الشرقية

(٢) بخصوص لفت نظر لجنة تقدير عوائد السيارات. إلى الامتيازات الخاصة التى تمنح عادة لحضرات الاطباء في مثل هذه الاحوال

(٣) بشأن فكرة إدارة وتنظيم كلية الطب

فوافق الحاضرون على ذلك وطلبوا الاسراع فى عقد مجلس الادارة لبحث هذه الاقتراحات وتنفيذها .

ثم أعلن حضرته أن الكلام لحضرة الدكتور احمد العجاتى عن حالة التهاب خبيث بالغشاء المبطن للقلب

فشرحها حضرته للحضور وبعد الانتهاء قام حضرة الرئيس وأثنى على الدكتور العجاتى على عنايته ودقته وشجعه على مواصلة البحث

وحيث لم تكن هناك ملاحظات دعا حضرته حضرة الدكتور محمد ابراهيم لعرض ثلاث حالات : الاولى لمرض رينودز . والثانية لانيوروزم الاورطى . والثالثة لجواتر جحوظى

وبعد أن انتهى من عرض الحالة الاولى تكلم حضرة الرئيس عن هذا المرض وتأثيره على الأعصاب وأشار إلى أنه مرض جراحى أكثر منه أى شىء آخر وشرح طريقة العلاج الجراحى بمنع تأثير العصب السمبثاوى عن الشرايين .

وبعد الانتهاء من الحالتين الثانية والثالثة تكلم حضرة الرئيس عن الجواتر الجحوظى وأشار إلى أن من أهم أسبابه الحزن والكدر الشديدين وكذلك الانفعال الشديد وقال بأن هذا المرض لم يعد باطنياً بعد بل هو جراحى محض وتكلم عن طرق العلاج الجراحى وهى ثلاث الاولى فى الجهاز العصبى والثانية ربط أوعية الغدة الدرقية وأن هذين الأمرين غير منتجين

بل ان الطريقة الناجحة هى استئصال جزء كبير من الغدة الدرقية أما فص واحد أو مع البرزخ أو مع البرزخ وجزء من الفص الآخر . عندئذ قام حضرة الدكتور محمد صبحى بك وتكلم عن حالة من هذا النوع وهى حالة مريض أحضر لعيادته وعنده جحوظ شديد جداً وعلى عينيه كأسان للحيلولة بين التأثيرات الجوية والحدقة وكان الجحوظ شديداً بدرجة انثنى معها الجفنان للخلف وقد فهم من تاريخ الحادثة أن المريض عولج بمستشفى قصر العيني وأخرج بدون عمل العملية وبفحصه اتضح لحضرته أن الحدقة تكاد تكون قد جفت من شدة الجحوظ والتعرض فأشار بعمل

العملية عند جراح وقد عملت العملية غير ان الحاله لم تتحسن لحين رؤية حضرته المريض ثانية

فقال الرئيس بأن العملية لاترجع الحالة لأصلها الا بعد ستة أشهر تقريبا ويمكن فى حالة عدم التحسن أن تعاد العملية . ثم دعا حضرته الدكتور احمد ضيف لالقاء محاضرته عن (تأثير أمراض الأنف على الجهاز التنفسى)

وبعد الانتهاء شكره حضرة الرئيس على محاضرته القيمة كما أثنى الحاضرون على عنايته ودقة ملاحظاته

ورفعت الجلسة فى الساعة التاسعة مساء السكرتير

القاهرة فى ٢٤ فبراير سنة ١٩٢٦

محضر الجلسة الخامسة والستين

للجمعية الطبية المصرية

أجتمعت الجمعية فى الساعة العاشرة من صباح الجمعة ١٢ مارس سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بالقصر العينى برئاسة صاحب العزة الاستاذ على بك ابراهيم وبحضور نخبة كبيرة جداً من حضرات الاعضاء والزوار وبعد افتتاح الجلسة دعا حضرة الرئيس الدكتور أنيس سلامه لشرح حالتى أمراض المعدة وهما حالة قرحة معدية مزمنة حافرة فى البنكرياس

والاخرى حالة فشل انفتاح العضلة العاصرة للفتحة القلبية المعدية. وبعد الانتهاء شكره الرئيس وأبدى ترحيب الجمعية بعرض المشاهدات وإلقاء المحاضرات بأية لغة وإن كانت اللغة العربية هى اللغة الرسمية للجمعية

ثم قام الدكتور محمـد على النكلاوى بك وسرد تاريخ حالة من هذا النوع شاهدها بالخرطوم (انظر العدد القادم)

وبعد الانتهاء دعى الدكتور عبد الوهاب مورو لالقاء محاضرته بالانجليزية عن (علاج البواسير بالحقن)

وقد نالت المحاضرة استحسان الحاضرين وإعجابهم بعناية المحاضر

ثم وقف الدكتور عبد الحليم محفوظ بك وأبان أن هذه الطريقة كانت متبعة فى بعض المستشفيات إلا أنها كانت منتقـدة جداً وأن حضرته يذكر أنه قرأ فى اللانست فى سنة ١٩١٨ مقالة نقد لطريقة الحقن

ثم قام الرئيس بعد أن شكر المحاضر على محاضرته النفيسة وأطنب فى سرد تاريخ هـذا النوع العـلاج فى القطر المصرى وكيف أن المصريين كانوا من أسبق الناس فى هذا العلاج غير أن الحال كانت بمصر كما كانت بغيرها من البلاد من حيث اختصاص أفراد خاصة بهذا العلاج وكذلك علاج الـكسور

وذكر حضرته الطرق التى كان هؤلاء الدجالون يتبعونها وأثنى على هـذه الطريقة التى ذكرها حضرة المحاضر وقال بأنها تسهل كثيرا على الطبيب والمريض غير أن حضرته لا ينصح بالالتجاء اليها الا فى الحالات التى لا يمكن اجراء العملية فيها .

ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة الثانية عشرة ظهرا م

القاهرة فى ١٢ مارس سنة ١٩٢٦ السكرتير

دبلوم الطب

نال دبلوم الطب حضرات الافندية الدكاترة الآتية أسماؤهم : —

السيد أحمد فؤاد . توفيق منصور مكرم . جريس نقولا واصف . جريس عبد السيد . زكى احمد منتصر . عباس شلبي . عبد القادر صالح بالى . لطيف تادرس كراس . محمد احمد سعد . يوسف سليمان . وكان أول الدبلوم الدكتور لطيف تادرس كراس فنهنئهم ونتمنى لهم مستقبلا سعيدا

‘ اينسولين ’ تابلويد ‘

هيپودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقي طاهر)

TRADE MARK ‘TABLOID’ BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الاينسولين الانكليزي الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .
وهو احدث الترقي الذي حصل من التجارب العديدة التدريجية التي اجريت بالانسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .
ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .
ويمكن تجهيز المحصول بتحليله في الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .
ويعطى للاطباء داخل باكتين اي صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اي الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات في انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا في ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

‘ اينسولين ’ ولكم ‘

TRADE MARK ‘WELLCOME’ BRAND INSULIN

وهو نقي طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره في البلاد الحارة .
يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار في ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .
يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات اكلينيكية طبية وملاحظات لجنة وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .
اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركائهم

في لندرة بانكلتره

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 144

أنموذج التكلس

فقر الدم (انيميا)
الخنزيرية
الـكلوروز
للمفاوية

الدرن
الرئوى
الغطس
العقدى

Calciline

اقراص — **كالسلين** — **حبيبات**

النمو
العقد
الـكسيح
أمراض العظم

السكر
الحمل
تسوس الاسنان
النقاهة

كالسلين أدرينالينية

كالسين ميتللارسينية الزرنيخ

فى شكل حبوب يسهل الهضم مركب من أملاح الجير النقية الممتازة بجودتها

طريقة الاستعمال : — عدد ٢ قرص فى قليل من الماء قبل كل أكلة

وللاطفال نصف المقدار والاقراص تذوب بسرعة

Bé-mé-cé

للهضم

عبارة عن املاح نقية كيمائيا مضاف اليها سكر اللبن تستعمل بنوع خاص فى أحوال زيادة الافراز الحمضى بالمعدة

الوكيل العام لمصر وملحقاتها روبير جيرو نمرة ٢١ شارع الميناء الشرقيـة

بجوار لوكندة وندسور باسكندرية صندوق البوستة نمرة ١٣٠

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هي لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التي تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد الخامس مايو ١٩٢٦ MAY 1926 السنة التاسعة

عدد خاص بأمراض الأطفال

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر معينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى : بالادارة

م. مصر ١١٧٧ - ٢٦

كتاب

تشخيص الامراض العصبية

ظهر الجزء الاول من هذا الكتاب تأليف السير (جمس برفس ستوارت) وتعريب الدكتور مصطفى ضيا وهو محلى بالصور الملونة وبكثير من الاشكال والصور الفوتوغرافية ومطبوع ومغلف بلوندره وثمن النسخة ٦٠ قرشا صاغا ويطلب من سائر المكاتب الشهيرة

الى حضرات الزملاء

١ — لوحظ ان بعض المقالات مكتوبة بخط غير واضح حتى تعذر قراءتها واضطر عمال المطبعة وادارة المجلة لمعاناة مشقة كبيرة فى استيضاحها فلجنة التحرير بهذه المناسبة ترجو أن يعنى حضرات الزملاء عناية خاصة بكتابة مقالاتهم بخط واضح جلى لا سيما الالفاظ الافرنكية حتى يسهل جمعها

٢ — ترجو الادارة من كل من لم يسدد الاشتراك ان يتفضل بارساله بتحويل على مكتب بريد السيدة زينب حتى لا تضطر لمنع ارسال الاعداد



المرحوم الدكتور عبد الحميد فهمى عامر بك

(انظر نبذة عن تاريخ حياته صفحة ٣٩٧)

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الخامس | مايو سنة ١٩٣٦ | السنة التاسعة

أغذية الرضع الاصحاء

بقلم الدكتور عبد العزيز نظمى بك

تمهيد

دلت المشاهدات والاحصاءات فى جميع بلاد العالم على أن أمراض الاطفال ولا سيما الذين دون السنة الثانية من عمرهم — تزداد في زمن الصيف زيادة مروعة وتتبعها طبعاً زيادة الوفيات

وإذا بحثنا عن أهم سبب لهذه الزيادة المؤلمة نرى أن ذلك يرجع لزيادة « النزلات المعدية المعوية » لا سيما مدة اشتداد الحر

وإذا دققنافى البحث عن أسباب تفشى النزلات المعدية المعوية نجد أنها تنشأ غالباً عن الاسباب الآتية .

(١) شدة الحر مدة الصيف

(٢) نقص تكوين أعضاء الجهاز الهضمى عند الرضع

(٣) سوء نظام التغذية بسبب الجهل أو الفقر

وحيث أن حضرة صديقى الفاضل الدكتور حافظ بك عفيفى سيشرح لقراء

الالفاظ المعربه مأخوذه عن قاموس الدكتور شرف

هذه المجلة موضوع «النزلات المعدية المعوية عند الاطفال» فلا أرى حاجة لشرح أسباب هذه الامراض (النزلات المعوية) التى تفتك بحياة الالوف من الاطفال الوضع سنويا وانما اكتفي بان أشيرهنا الى أن نظام تغذية الاطفال منذ ولادتهم هو من أهم القواعد الصحية الواجب اتباعها لاتقاء شر النزلات المعدية المعوية عند الاطفال لذلك يتحتم على كل والدة — وكل طبيب — الاهتمام بموضوع «أغذية الاطفال» حفظاً لصحة أطفالنا الاعزاء وحرصاً على حياتهم الثمينة فان أطفال اليوم هم رجال الغد الذين تعتمد عليهم البلاد لرقيها وسعادتها

وهذا هو الموضوع الذى شرفتنى ادارة هذه المجلة فكلفتنى شرحه - بايجاز - لحضرات قرائها الافاضل وإنى أجيب طلبها بارتياح راجيا من حضرات الزملاء أن يقابلوا ماعسى أن يجدوه فى كتابتى من التقصير بعين التسامح

غذاء الرضيع

أنواع «الرضاعة»

أن أساس غذاء الطفل منذ ولادته هو «اللبن» فان كان اللبن من ثدي والدته — أو أية امرأة أخرى — سميت الرضاعة «رضاعة طبيعية» وإن كان اللبن من حيوان كالبقر أو الجاموس أو الماعز كانت الرضاعة «صناعية» . واذا كان غذاء الرضيع من ثدى والدته أو مرضعه ومن لبن حيوان أطلق على الرضاعة اسم «رضاعة مختلطة»

ولنذكر الآن بعض بيانات عن نظام كل نوع من أنواع الرضاعة

(١) «الرضاعة الطبيعية»

من المسائل الطبية والاجتماعية المتفق عليها بالاجماع ان «احسن غذاء للرضيع هو لبن والدته» وقد رأيت على جدران بعض مستشفيات الاطفال بباريز كلمات

منقوشة باحرف من ذهب اذكر ترجمة بعضها « لبن الام ملك لولدها » « لا يوجد غذاء يقوم مقام لبن الام »

وكفانا دليلا على وجوب قيام الوالدة بارضاع ولدها قول الله تعالى فى كتابه الحكيم وهو اصدق القائلين : (والوالدات يرضعن اولادهن حولين كاملين لمن اراد ان يتم الرضاعة) . الآية

فاذاً من الحقائق المقررة التى لاجدال فيها ان الرضاعة الطبيعية أي تغذية الطفل من ثدى والدته هى احسن طرق التغذية الملائمة لحالة الرضيع . فالوالدة التى تريد ان تؤدى واجبها نحو طفلها الذى تربى من دمها وحملته بين جنبيها وهناً على وهن تسعة اشهر ذاقت فى خلالها وفى نهايتها الآماً كثيرة يجب عليها ان ترضع ولدها وفلذة كبدها من ثدييها اذ فى ذلك صيانة عظيمة لصحة المولود وصحتها هى ايضاً . وذلك لان الله تعالى لما خلق اعضاء الجسم جعل لكل منها وظيفة يجب ان تؤدى بنظام وإلا نشأ عن عدم ادائها ضرر للجسم ، فالثديان اللذان يتحلى بهما صدر المرأة هما عضوان نافعان ومن وظيفتهما افراز اللبن اللازم لتغذية الاطفال فابطال هذه الوظيفة يضر بصحة الوالدة و يؤثر فى اعضاء تناسلها كما ثبت ذلك طبياً بمشاهدات كثيرة

« قواعد الرضاعة الطبيعة »

يجب على الوالدة التى ترضع ولدها أو أى طفل آخر ان تتبع فى ارضاع الطفل القواعد الصحية اللازمة التى تكفل لها ولرضيعها الراحة مع الصحة بقدر الامكان وهى قواعد سهلة لا يحتاج تنفيذها الى عناء كثير

واهم هذه القواعد هى : (١) بروز حلمة الثدى ونظافتها (٢) انتظام مواعيد الرضاعة

(١) بروز حلمة الثدى و نظافتها ـ اذا كانت حلمة الثدى غائرة فيصعب على الطفل الصغير ابرازها بنفسه لالتقامها والرضاعة من الثدى بسهولة ولذلك يجب العناية بابراز الحلمة

الغائرة قبل ميعاد الرضاعة وذلك بتدليك الحلمة دلكا خفيفاً منتظماً في الصباح والمساء مدة بضع دقائق

(ب) نظافة حلمة الثدى ـ نظافة الثدى ضرورية لان بشرتها رقيقة جداً فاذا بقيت آثار اللبن على الحلمة وجف هذا اللبن نتج عن ذلك تشقق فى الجلد ، بحيث انه كلما رضع الطفل سال بعض الدم من ثدى الوالدة التى ربما بكت من شدة الالم وربما تضطر لمنع ولدها عن الرضاعة من ثديها ، وفى معظم الاحوال يكون هذا التشقق بابا لدخول جراثيم ينشأ عنها التهاب أو خراج في الثدى يستدعى غالباً اجراء عملية جراحية تؤلم الوالدة وتحرم الطفل من الرضاعة من هذا الثدى الذى يبقى معطلا ومشوها بسبب نتائج العملية .

فلاجل اتقاء كل هذه المضار يجب على الوالدة العناية التامة بنظافة ثدييها وذلك بغسل الحلمة قبل كل رضاعة بقطعة من القطن أو الشاش النظيف المبلول بماء مغلى فاتر ويكرر الغسل عقب كل رضاعة أيضا. وتغطى الحلمة بين فترات الرضاعة بجملة طيات من الشاش النظيف لالتقاط قطرات اللبن الذى يسيل احيانا بنفسه فى غير اوقات الرضاعة

ويحسن أيضا مسح الحلمة وما حولها بماء الكلونيا أو بكؤول نقى مخفف بماء مرشح فان ذلك يقوى بشرة الحلمة ويمنع من تشققها فى اغلب الاحيان

ولا غرابة فى اتخاذ كل هذه الاحتياطات اذ ان الثدى هو اناء غذاء الرضيع ولا يصح للوالدة ان تقدم لولدها غذاءه في اناء غير نظيف

(٢) ـ مواعيد الرضاعة

الطفل الرضيع يهضم لبن الثدى الطبيعى فى نحو ساعتين فاذا ارضعته والدته قبل أن يتم هضم لبن الرضعة السابقة فقد ينشأ عن ذلك غالباً عسر فى الهضم وقىء ومغص ، لا سيما اذا تكرر ارضاع الطفل بغير نظام ، ويؤثر ذلك الاضطراب فى

نظام الهضم على صحة الطفل الرضيع في زمن الصيف على الخصوص

لذلك يجب على الوالدة التي تهمها صحة ولدها وراحته — وراحتها هي ايضاً ان تراعي مواعيد ارضاع ولدها حسب سنه بقدر الامكان . فلا ترضعه مدة الأشهر الاولي من عمره اكثر من مرة واحدة كل ساعتين ونصف الساعة في النهار ومرتين فقط مدة الليل . وكلما ازداد عمر الطفل طالت المسافة بين كل رضعة واخرى ذلك لأن كمية اللبن التي يرضعها الطفل تزداد كلما تقدم في السن . وهاك جدولا مبينة فيه مواعيد رضاعة الطفل مع العلم انه يمكن للوالدة تعديله بحسب ما يوافقها بشرط المحافظة بقدر الامكان على المدة المقررة بين كل رضعة واخرى

الطفل	مواعيد الرضاعة في الليل والنهار	عدد مرات الارضاع
من اسبوع الى ٦ اشهر	صباحا : الساعة ٤ و٦½ و٩ و١١½ مساء : الساعة ٢ و٤½ و ٧ و١١	٨
من ٦ اشهر الى وقت الفطام	صباحا : الساعة ٦ و ٩ والظهر مساء . الساعة ٣ و ٧ و ١٠	٦

اما المدة اللازمة لاشباع الطفل في كل رضعة فتختلف من ٥ دقائق الى ٢٠ دقيقة أو اكثر وذلك بحسب حالة الطفل الصحية وغزارة لبن والدته أو قلته . فالطفل القوى البنية يمكنه ان يملأ معدته في بضع دقائق (من ٥ الى ١٠) اذا كان لبن والدته غزيراً واما الطفل الضعيف فيحتاج الى زمن طويل يصل احيانا الى نصف ساعة اذ ربما نام قليلا في اثناء الرضاعة ، وفي الاحوال العادية يمكن تقدير مدة الرضعة الواحدة بعشر دقائق تقريبا

ونىنصح للوالدة ألا تعود طفلها النوم اثناء الرضاعة بل عليها ان توقظه بلطف حتى يتم رضاعته. واذا كان الطفل كثير فى النوم فيجب ايقاظه عند حلول موعد الرضاعة حتى يتعود الرضاعة فى المواعيد المقررة لينال قسطه من الغذاء اللازم له يوميا لينمو النمو الطبيعى . ويلزم ان يكون ايقاظه من النوم بلطف حتى لا ينزعج

واما كمية اللبن اللازمة للطفل فى كل رضعة فتختلف بحسب حالة الطفل الصحية وبحسب سنه وبحسب وزنه خصوصا . وقد ابتكر اساتذة امراض الاطفال طرقا كثيرة لتعيين مقدار اللبن الواجب اعطاؤه للطفل تحاشيا من التفريط أو من الافراط ، على الخصوص فى تغذية الطفل ، الامر الذى يسبب فى معظم الاحيان اضطرابات فى الهضم ونزلات معدية معوية

ويرى معظم الاساتذة ان أسهل طريقة لتعيين المقادير اللازمة لتغذية الطفل واقربها للحقيقة هى التى يراعى فيها وزن الطفل وسنه. وباتباع القاعدة التى وضعت لتعيين المقادير حسب تلك الطريقة يمكننا ان نستخلص للاطفال الارقام الآتية فى الاحوال العادية :

عمر الطفل	المولود حديثا	شهر	٣ اشهر	٤ اشهر	٦ اشهر	٨ اشهر	سنه
مقدار اللبن اللازم يوميا	٥٠٠ جراما	٦٥٠	٧٥٠	٨٥٠	٩٠٠	١٠٠٠	١١٠٠

(٢) الرضاعة الطبيعية المأجورة

قد يطرأ على الوالدة ما يمنعها من ارضاع ولدها . وهذه الموانع اما ان تكون ناشئة عن حالات موضعية فى الثدى كضمور الثديين أو تشوهات الحلمة بحيث يتعذر على الطفل الرضاعة منها أو اصابة الثدى بمرض عضال يمنع من الرضاعة كالسرطان أو ما ماثل ذلك ، وكل هذه الحالات نادرة جداً ولله الحمد واما ان

تكون الموانع ناتجة عن امراض عامة أصابت الوالدة فجعلتها غير قادرة على الارضاع وأهم هذه الامراض : امراض القلب الغير متكافئة والتدرن الرئوى والحميات الميكروبية . واما مرض الزهرى فلا يمنع الوالدة من ارضاع ولدها بل قرر جميع الاطباء ان الوالدة المصابة بالزهرى يجب عليها ارضاع ولدها حتى لا يكون طفلها سببا فى نقل المرض الى المرضع ـ أو المرضعات ـ التى تقوم بارضاعه . ولا سيما ان الاطفال المولودين من والدات مصابات بالزهرى يكونون ضعفاء و بذلك يصبحون فى حاجة الى احسن طرق التغذية وهى الرضاعة من الام . هذا فضلا عن أن علاج الام من مرض الزهرى قد يؤثر تأثيراً حسنا في صحة الطفل الذى ترضعه اذا كان مصابا بالزهرى الوراثى ـ ولو ان هذا التأثير لا يكفى وحده لشفاء الطفل من المرض بل يجب علاج الطفل علاجا ملائما لحالته (١)

فاذا طرأت بعض هذه الموانع على الوالدة وتعذر عليها القيام بواجب ارضاع ولدها فلا بد من ان تبحث عن مرضع تقوم مقامها فى هذه المهمة . وهذا أمر شاق جداً لانه من الصعب ايجاد مرضع حائزة لجميع الشروط الصحية اللازمة لارضاع الطفل بكيفية تكفل حفظ صحته ونموه النمو الطبيعى

و نظراً لاهمية هذا الموضوع نرى من الضرورى ان نذكر هنا بايجاز الشروط الواجب مراعاتها عند انتخاب المرضعات

الشروط الواجب توفرها فى المرضع

من الصعب جداً ـ ان لم يكن من المستحيل تقريبا ـ توفر جميع الشروط الصحية والاجتماعية فى امرأة لتكون مرضعاً مأجورة ولذلك نسمع الوالدات اللائى تضطرهن الظروف الى الالتجاء لمرضعات مأجورات يشكين مر الشكوى من صعوبة إيجاد مرضعات موافقات لاولادهن : وهاك أهم الشروط الواجب توفرها

(١) راجع كتابى «امراض الاطفال الكثيرة الانتشار» فصل الزهرى الوراثي عند الاطفال وعلاجه

ـ بقدر الامكان ـ في المرضع : وعلى الطبيب ان يقرر ـ بعد البحث الدقيق ـ عما اذا كانت المرضع التى يكلف الكشف عليها طبياً يمكنها ان تقوم بارضاع الطفل الذى ستخصص به ويجب على الطبيب أيضاً ان يطلب الكشف على طفل المرضع ـ ان كان حياً ـ لان لحالة الطفل الصحية وعمره أهمية عظمى فى تقدير حالة لبن المرضع

أولا — يحسن ان تكون المرضع متوسطة العمر ، بين العشرين والثلاثين أو الخامسة والثلاثين على الاكثر ، لان المرضع الصغيرة السن تكون قليلة التجربة ولا تقوى على تحمل متاعب الرضاعة وفى اغلب الاحيان يكون لبنها غير وفير والمرضع الكبيرة السن يكون لبنها عادة قليلا وغير جيد النوع

ثانيا — يجب ان تكون المرضع صحيحة الجسم والعقل غير عصبية المزاج وغير مشوهة الخلقة

ثالثا — ان يكون عمر طفل المرضع مقاربا لعمر الطفل الذى سترضعه حتى يكون اللبن موافقا لحالة الطفل ويحسن ان لا يكون الفرق بين عمر الطفلين اكثر من ٤ شهور

رابعا — ان يكون الثديان حائزين للشروط الطبية الملائمة لرضاعة الطفل وذلك بان تكون حلمة الثدى متوسطة الحجم وبارزة حتى يسهل على الطفل التقامها وان تكون الغدد التى تفرز اللبن نامية ونشيطة ويتبين ذلك من حجم الغدد ومن وجود الاوردة الدموية بكثرة على سطح جلد الثدى . ويمكن للطبيب زيادة التأكد من غزارة اللبن ونوعه عند ما تحلب المرضع ثديها امامه

خامسا — يجب فحص المرضع طبيا فحصا دقيقا للتأكد من حالتها الصحية خصوصا بحث الفم والحلق والرئتين والعنق وان أمكن بحث اعضاء التناسل للتحقق من ان المرضع ليست مصابة بامراض تناسلية كالسيلان أو الزهرى

سادساً — ويحسن لمن اراد ان يتم البحث الدقيق ان يفحص بول المرضع للتحقق من خلوه من الزلال والسكر ويبحث الدم بطريقة « واسرمان » للتأكد من خلوه من جراثيم مرض الزهرى

فاذا تأكد الطبيب ان المرضع غير مصابة باعراض امراض معدية وحالتها الصحية تساعدها على القيام بارضاع الطفل الذى انتخبت له وجب عليه ان يطلب من المرضع احضار طفلها ليفحصه فحصاً طبياً اذ ان حالة صحة الطفل هى احسن قياس على حالة لبن المرضع

ويجب على الاسرة والطبيب التأكد بجميع الوسائل من ان الطفل الذى احضرته المرضع هو طفلها حقيقة لأن بعض المرضعات يستعرن اطفالا رضع اصحاء من بعض الجيران لمدة يوم ويدعين ان اولئك الاطفال هم اطفالهم

وبعد التحقق من صحة بنوة الطفل للمرضع يقوم الطبيب بفحص الطفل وتقدير سنه والتأكد من خلوه من اعراض الامراض المعدية خصوصاً الزهرى والتدرن وكذلك يجب ان لا يكون بالطفل اعراض لين العظام (راشيتزم) او الذبول الطفلى (اتربسيا) واما اذا كان الطفل ضعيفاً بدون اعراض الامراض التى ذكرناها فلا مانع من قبول المرضع اذا تأكدنا من جودة صحتها اذ ربما يكون ضعف الطفل ناشئاً من جهل المرضع بالقواعد الصحية فى الرضاعة او لاهمالها شئون طفلها بسبب اشغالها المنزلية لفقرها

نظام الرضاعة الطبيعية المأجورة

يتبع فى نظام الرضاعة الطبيعية المأجورة نفس النظام الذى اشرنا به فى الرضاعة الطبيعية بواسطة الوالدة وانما يجب ملاحظة حالة الطفل يومياً اذ ربما تكون المرضع غزيرة اللبن وتكثر من ارضاع الطفل فتسبب له اضطرابات فى الهضم او بالعكس

يقل لبنها لسبب من الاسباب فيضعف الطفل بسبب قلة الكمية التى يرضعها . فاذا قل مقدار لبن المرضع وجب البحث عن اسباب ذلك وملاحظة انواع غذائها ومن المستحسن ان لا يغير نوع غذائها دفعة واحدة . ويحسن تشغيل المرضع باشغال بسيطة بالمنزل لان الحركة مفيدة لصحتها

الرضاعة الصناعية

اذا تعذر على الوالدة ان ترضع ولدها من ثدييها،لسبب من الاسباب القهرية بعد اخذ رأى الطبيب،واذا تعذر أيضا ايجاد مرضع متوفرة فيها الشروط الصحية لارضاع الطفل المسكين الذى قضت الظروف بحرمانه من لبن والدته ، فلا مناص وقتئذ من الالتجاء الى تغذية الطفل بلبن حيوان كالبقر أو الجاموس والماعز والحمارة وهو ما يسمى بالرضاعة الصناعية

وأول ما يجب البحث فيه هو انتخاب نوع اللبن الموافق للطفل حسب سنه وحالته الصحية وحالة والديه المالية مع العلم ان تركيب اللبن يختلف باختلاف جنس الحيوان وكذا يختلف لبن الحيوان الواحد حسب حالة الحيوان وغذائه وفصول السنة وأوقات حلب اللبن . ولذلك يجب اخذ رأى الطبيب فى تعيين نظام الرضاعة الصناعية للطفل واتباع ارشاداته بقدر المستطاع

ولنذكر هنا بايجاز بعض كلمات عن اهم صفات كل نوع من انواع ألبان الحيوانات المستعملة عادة فى تغذية الاطفال ارشادا للاطفال

لبن البقرة — هذا اللبن يحتوى على كمية من المواد الدهنية تقرب من الكمية التى فى لبن المرأة ولكن كمية السكر فيه أقل والمواد الجبنية فيه أكثر، وهو أقل هضما من لبن المرأة ، ولكنه كثير الاستعمال فى تغذية الاطفال الرضع بسبب كثرة وجوده ورخص ثمنه فضلا عن أنه أقرب أنواع الالبان للبن المرأة بعد لبن الحمارة

(٢) لبن الجاموسة — يحتوى على كمية عظيمة من المواد الدهنية والزلالية والأملاح وهو عسر الهضم على الطفل الرضيع الذى لايزيد سنه عن سنة ، ولا سيما اذا قدم له اللبن نقياً أى بدون اضافة ماء مغلى اليه

(٣) لبن الماعز — كمية المواد الدهنية والأملاح فى هذا اللبن تقارب الكميات المحتوى عليها لبن المرأة ولكن كمية السكر فيه أقل ، وهو عسر الهضم على الاطفال فى الستة الأشهر الاولى من أعمارهم

ويجوز ان يرضع الطفل من ثدى الماعز مباشرة لان هذا الحيوان لايصاب بالدرن الا فى النادر جداً

(٤) لبن الحمارة — هذا اللبن يقرب جدا من لبن المرأة والمواد الجبنية فيه سهلة الهضم جدا على الاطفال وكمية المواد الدهنية فيه أقل منها في لبن المرأة ولكنه قليل الاستعمال فى تغذية الأطفال لانه نادر وغالى الثمن فضلا عن انه يفسد بسرعة خصوصا فى فصل الصيف

ويشار باستعماله عند الاطفال المصابين بنزلات معوية حادة بعد الحمية المائية ويجب استخراجه من ثدى الحمارة مرتين في اليوم فى الصباح والمساء خوفا من فساده ويحفظ فى اناء نظيف جدا ويسخن لدرجة معتدلة (٣٧سنتيجرام) بوضع الاناء الذى فيه اللبن فى ماء ساخن

وانا ننصح لكل والدة ان تتحقق بقدر الامكان من حالة اللبن الذى ستتخذه غذاء لولدها . فاذا وجد عندها أى شك بأن اللبن غير نقى وان كثافته تدل على انه مضاف اليه كمية من الماء وجب عليها الا تضيف اى سائل الى اللبن لتخفيفه الا اذا نصح لها الطبيب بغير ذلك حسب حالة الطفل

ويوجد جهاز يسمي « جلاكتومتر » خاص بقياس درجة كثافة اللبن وأما

اذا تأكدنا من ان اللبن نقى خال من كل غش فيحسن تخفيفه بماء مغلى او بماء شعير او منقوع الشاى او الزيزفون او بماء الجير او غير ذلك حسب ارشادات الطبيب . ويخفف اللبن عادة بمقادير مناسبة لسن الطفل وحالته الصحية ويحسن عدم تخفيف اللبن باى سائل بعد الشهر الثامن مادام الطفل قوى البنية ويجب تحلية اللبن بالسكر بمقدار ٥ ٪ على الاقل

وفى الجدول الآتى بيان لمتوسط المقادير الواجب اعطاؤها للطفل من اللبن فى كل رضعة حسب عمره مع العلم بانه يجوز تعديل هذه المقادير بالزيادة او النقصان حسب شهوة الطفل وحالته الصحية

عمر الطفل	المدة بين كل رضاعة	كمية اللبن النقي فى كل رضاعة
من اليوم الثانى لليوم السابع	ساعتان	من ٢٠ الى ٣٠
من اليوم السابع لاخر الشهر الاول	«	« ٣٠ الى ٦٠
فى الشهر الثانى	«	« ٦٠ الى ٨٠
فى الشهر الثالث	ساعتان ونصف	« ٨٠ الى ١٠٠
فى الشهر الرابع	« «	« ١٠٠ الى ١٢٠
فى الشهر الخامس	« «	« ١٢٠ الى ١٤٠
فى الشهر السادس	« «	« ١٤٠ الى ١٥٠
من الشهر السابع للشهر التاسع	٣ ساعات	« ١٥٠ الى ١٦٠
من الشهر التاسع للثانى عشر	« «	« ١٦٠ الى ١٨٠

والآن وقد علمنا المقادير اللازمة للطفل الرضيع من اللبن في كل رضعه حسب سنه ، بقى ان نشرح الشروط الصحية الواجب اتباعها لتجهيز وتقديم اللبن للرضيع حتى لا يصيبه ضرر من الرضاعة الصناعية بقدر الامكان

أكرر القول بان اللبن البقرى أو خلافه من لبن الحيوانات لا يمكن بحال من الاحوال ان يقوم مقام لبن الوالدة في غذاء ولدها ولكن اذا حكمت ظروف

قهرية بحرمان طفل من لبن والدته ، أو لبن امرأة أخرى ، يجب بقدر المستطاع ، ان يكون اللبن الذى يعطى له نقيا ومستوفيا للشروط الصحية التى تجعله سهل التناول على الطفل الرضيع الضعيف

وهذه الشروط تنقسم قسمين . قسم يختص تنفيذه بباعة اللبن ومراقبة رجال الحكومة وقسم آخر يجب تنفيذه بمعرفة أهل الطفل

فالشروط الخاصة بباعة اللبن ومراقبة الحكومة أهمها ما يأتى :

١ — انتقاء الابقار أو الجاموس التى يؤخذ منها اللبن والتحقق من سلامتها من الامراض المعدية ولا سيما التدرن الرئوى

٢ — اختيار الغذاء الموافق للحيوانات التى يؤخذ منها اللبن لان الاغذية تؤثر فى جودة اللبن وتركيبه

٣ — الاعتناء باستخراج اللبن من ثدى الحيوان بتمام النظافة ووضعه باحتراس فى أوان نظيفة

وهذه الشروط سهلة التنفيذ اذا اتفقت الامة والحكومة على العمل لصيانة صحة الاطفال

وأما أهم الشروط التى يجب على أهل الطفل تنفيذها بكل دقة فى الرضاعة الصناعية حفظا لصحته وحرصا على حياته فهى :

١ — يحسن أخذ اللبن أغلاؤه بمجرد حلبه من البقرة أو بعد ذلك بمدة وجيزة صباحاً ومساء ، اذا امكن ذلك خصوصا فى الصيف خوفاً من فساده

٢ — يلزم تخصيص اناء يعتني بنظافته جيداً لاخذ اللبن أغلاؤه فيه ويكون من النحاس المطلى (المبيض) أو الحديد الابيض أو الالومينيوم أو الفخار الابيض المخصوص وتكون سعة الاناء ضعف كمية اللبن التى توضع فيه

٣ ـ يلزم أغلاء اللبن مباشرة بعد احضاره من اللبان أو حلبه من البقرة فى نفس الاناء الذى أخذ منه

٤ ـ لاجل أغلاء اللبن جيداً يوضع الاناء فوق النار بدون غطاء فبعد بضع دقائق تتكون فوق اللبن قشرة رقيقة ثم تزداد كثافته وقتئذ ترفع القشرة فترى تحتها فقاقيع تدل على بدء غليان اللبن فيترك هكذا مدة ٥ دقائق على الاقل ثم يوضع فى محل بارد حتى لا يتلف ويحسن وضعه في الثلاجة فى زمن الحر بعيداً عن الاتربة

٥ ـ بعد أغلاء اللبن ينزل الاناء عن النار و يغطى بغطاء محكم يكون سبق غسله بالماء الساخن

٦ ـ بعد تبريد اللبن نضع المقدار اللازم منه في زجاجة الرضاعة (الثدى الصناعى) بواسطة قمع من الزجاج أو الحديد المطلى

ويجوز تعبئة زجاجات بقدر عدد رضعات النهار أو الليل ثم تحفظ الزجاجات فى الثلاجة بعد تغطية كل واحدة بغطاء من الكاوتشو أو خلافه بشرط ان يكون نظيفاً جداً

(٧) — كلما أردنا ارضاع الطفل فى ميعاد الرضاعة نأخذ زجاجة ونستبدل بغطائها حلمة من المطاط (الكاوتشو) بشرط أن يكون سبق اغلاؤها جيدا ثم نضع الزجاجة فى اناء به ماء ساخن قليلا لتدفئة اللبن قبل اعطاء الطفل اياه

(٨) — اذا تبقى فى الزجاجة مقدار من اللبن لم يرضعه الطفل ، فلا يجوز استعماله ، بل يصب أو تشربه والدته ثم توضع الزجاجة والحلمة فى الماء وتنظفان بفرشة مخصوصة ، ثم يصير اغلاؤها جيدا وتبقى فى الماء المغلى البارد حتى يجىء وقت استعمالها ثانية ، ويحسن وجود جملة حلمات نظيفة احتياطيا

ويحسن بالوالدة أن تقوم بنفسها بتنفيذ جميع هذه الاعمال ، اذا أرادت صحة ولدها ولا تتركها لاحدى الخادمات مهما كانت ثقتها بها لان الخادمة لا تفهم ضرورة ومزايا جميع هذه التعليمات الصحية . فاذا هى اهملت نظافة الاناء الذى يوضع فيه اللبن أو تكاسلت عن اغلاء زجاجة وحلمة الرضاعة مثلا فلا يلبث الطفل أن يصاب بقيء واسهال وربما كانت عاقبة المرض وخيمة

وتوجد طرق اخرى خلاف الغليان لقتل الجراثيم التى توجد في اللبن وتضر بصحة الاطفال الرضع وأهمها وأسهلها « تعقيم اللبن بالحمام الساخن »

ومزايا هذه الطريقة هى

(١) ان اللبن يعقم ، أى تقتل الجراثيم المفسدة بواسطة التسخين لدرجة ١٠٠ من ميزان سنتيجراد

(٢) ان اللبن الخاص بكل رضاعة يبقى محفوظا جيدا مدة طويلة فى زجاجة الرضاعة

(٣) كل زجاجة تقفل بطبيعتها بتأثير التعقيم قفلا محكما بالغطاء الكاوتشو ولا تفتح الا وقت الطلب

وتوجد اجهزة صغيرة لتعقيم اللبن فى العائلات وأشهر أنواع هذه الاجهزه جهاز الدكتور « سوكسهلت » وجهاز الاستاذ طيب الأثر الدكتور « بودان » وهذا الجهاز الاخير هو المبين بالشكل



جهاز الدكتور (بودان) لتعقيم اللبن

وهذا الجهاز يتألف من اناء من الحديد الابيض له غطاء وداخله قرص ذو ثقوب مستديرة يختلف عددها من ٦ الى ٩ وهى بقياس الزجاجات اسطوانية الشكل وتسع كل واحدة منها ١٥٠ جرام ، مقسمة بخطوط بارزة ، والى اجزاء متساوية بين كل خط وآخر منها ٢٥ جراماً ومبين امام كل خط المقدار بالرقم حتى يتسني وضع كمية اللبن اللازمة للطفل حسب المقرر له بالنسبة لسنه ، ولكل زجاجة غطاء من الكاوتشو لسدها سداً محكما

وطريقة استعمال هذا الجهاز سهلة جداً وملخصها ما يأتى :

نضع فى كل زجاجة ، بعد غسلها جيداً طبعاً ، الكمية اللازمة للطفل فى الرضعة الواحدة من اللبن بحيث لا يزيد مقدار اللبن عن أعلى الخطوط المرسومة على الزجاجة ثم نضع على كل زجاجة غطاءها ونضع الزجاجات فى الثقوب الخاصة بها داخل الاناء ونصب ماءاً باردا داخل الاناء أى حول الزجاجات حتى يكون سطح الماء أعلى بقليل من سطح اللبن فى الزجاجات ، ثم نضع الاناء على النار حتى درجة الغليان ، ومتى ابتدأ الماء فى الغليان ، يجب ان نتركه على هذه الحال مدة ثلاثة ارباع الساعة ، وبعد ذلك ننزل الاناء عن النار ، ونخرج القرص المثقوب وفيه الزجاجات ونتركها حتى تبرد وبذلك يكون قد تم تعقيم اللبن

فاذا حان ميعاد الرضاعة نأخذ الزجاجة ونضعها فى ماء ساخن لتدفئة اللبن ثم نستبدل بغطاء الزجاجة حلمة نظيفة

الرضاعة المختلطة

اذا كان التجاء الوالدة لارضاع ولدها رضاعة صناعية هو بسبب قلة لبنها حقيقة ، حباً منها فى زيادة تغذية طفلها ، او لأن مشاغل الوالدة تضطرها للتغيب عن المنزل بضع ساعات مدة النهار ، فأرى ان احسن طريقة للمحافظة على حسن تغذية الطفل بقدر الامكان هى استعمال الرضاعة المختلطة اى يرضع الطفل من ثدى والدته كلما سمحت له الظروف بذلك ثم يكمل غذاؤه من لبن حيوان فتلك الطريقة هى اقل خطراً من الرضاعة الصناعية البحتة

وهاك ملخص نظام الرضاعة المختلطة :

اذا كان لبن الوالدة قليلا يجب ، بعد ان يرضع الطفل من ثدى والدته فى المواعيد المقررة ان تعطى له كمية من اللبن البقرى او الجاموسى او اى نوع من انواع الالبان التى يقع الاختيار عليها ، توازى الفرق الذى لم يجده الطفل فى ثدي والدته او مرضعه وبذلك يحصل الطفل على الكمية الكافية لغذائه ونموه

ولهذه الطريقة مزايا كثيرة منها ان الطفل لايحرم لبن والدته أو مرضعه ومنها أنه اذا طرأ على الطفل انحراف فى صحته يستدعى منعه مؤقتا عن لبن الحيوانات يمكنه ان يجد فى ثدى والدته اللبن الكافى لغذائه مدة مرضه

وأما اذا كان التجاء الوالدة للرضاعة الصناعية هو بسبب اضطرارها للتغيب عن منزلها بضع ساعات لزيارات أو قضاء مصالح أو لكسب معاشها كالصانعات أو البائعات أو المعلمات فمن السهل استعمال الرضاعة المختلطة بالطريقة الآتية مثلا

ترضع الوالدة ولدها ٤ مرات من ثديها فى الاوقات التى توجد فيها بمنزلها

ومرتين برضاعة صناعية مدة تغيب الوالدة عن المنزل وهاهو ذا نموذج لمواعيد الرضاعة المختلطة ويمكن تغيير هذه المواعيد حسب الظروف :

يرضع الطفل من ثدى والدته الساعة ٦ صباحا والظهر والساعة ٦ مساء والساعه ٩ مساء وفى منتصف الليل (اذا احتاج الامر)

ويرضع رضاعة صناعية الساعه ٩ صباحا و الساعه ٣ مساء وتتبع فى الرضاعة المختلطة القواعد التى ذكرناها فى الرضاعتين الطبيعية و الصناعية .

هذا مارأيت بيانه فى موضوع غذاء الاطفال الرضع الاصحاء وأدعو الله ان يوفقنا جميعا الى الصواب

امراض المولود الحديث

للدكتور نجيب قناوى

قبل ان اتكلم على بعض الامراض التى يصاب بها المولود الحديث يجب ان أشير الى الضرر الصحى الذى ينشأ من سوء تدبير الغذاء الطبيعى لذلك المولود الضعيف مما يجعله عرضة لارتباكات معدية معوية مما نراه يومياً فى مشاهداتنا

الرضاعة فى الايام الاولى .هذا موضوع هام ليس لى ان اتوسع فيه الآن لكن لا بد من أن أشير اليه من وجهة تدبير صحة المولود الحديث فأقول ان اللبن كما نعلم لا يظهر عادة فى ثدى المرضع الا في اليوم الثالث أو الرابع بعد الوضع وفى خلال تلك المدة يفرز الثدى مادة أخرى خلاف اللبن تسمى اللباء (Colostrum) ولا يصح اعطاء الطفل فى هذه الفترة أى فترة انتظار ظهور اللبن شيئاً من المنقوعات أو المواد الدهنية أو المسهلات الملينة كما يفعل معظم الامهات أو ارضاعه من مرضعات اجنبيات مختلفة كما هى العادة الشائعة فى الاسرات المصرية والخطرة على صحة المولودين حديثاً بل يجب فى هذه الحالة ارضاع الطفل ثدى أمه بعد الوضع بثلاث أو ثمان ساعات ترتاح فى خلالها الام من ألم الوضع وتعبه و يعطى الثدى كل ثلاث ساعات بنظام لغاية الساعة العاشرة مساء والتى عندها تنتهى الرضاعة الى ان تبتدئ ثانية فى الصباح فى المواعيد التى بدىء بها أولا و يستمر المولود على ذلك النظام حتى يختفى اللباء و يظهر اللبن وهنا يعمل النظام المتبع فى الرضاعة الطبيعية وفائدة ذلك هو ان مادة اللباء ملينة وتساعد على غسل ما تجمع فى امعاء المولود من العقى وتنبيه غدد الثدى لافراز اللبن

اما اذا لم يحصل افراز قط من الثدى فى اليوم الاول فلا مانع من اعطاء المولود

مؤقتاً ولمدة محدودة محلولا من سكر اللبن بنسبة ٥ في المائة بمقدار ملعقة صغيرة أو اثنتين كل اربع ساعات

امراض المولود الحديث الهامة

امراض المولود الحديث كثيرة ومتعددة ويمكن تقسيمها الى جملة أقسام كالآتى

١) امراض ضعفية مثل عدم تمدد الرئتين (atelectasis) والاختناق والولادة قبل الاوان

٢) امراض عفنة ــ مثل التهاب الحبل السري ــ والرمد التقيحى ــ وداء الفقاع ــ والحمرة ــ والتيتانوس ــ والمرض النحاسى

٣) امراض وظيفية . مثل اليرقان والتهاب الثدى

٤) امراض نزفية

٥) امراض أخرى

الامراض الضعفية . قد يصادف الطبيب حالات مرضية يجدها فى الاطفال فى الايام الاولى من عمرهم وهى عبارة عن مجموعة اعراض مختلفة وارتباكات فى الجهاز الدورى والتنفسى مع ضعف عام مصحوب فى بعض الاوقات بضمور ونحول ومثل الامراض الضعفية ما يأتى :

عدم تمدد الرئتين

تتمدد الرئتان عادة بعد الولادة ثم تأخذان شكلهما الطبيعى شيئا فشيئا وقد يتم ذلك التمدد فى مدة من يوم الى يومين ولكن لسبب من الاسباب كضعف المولود أو اختناقه أو لضخامة الغدة الدرقية والتيموسية والضغط على القصبة الهوائية قد لايحصل هذا التمدد أو يحصل جزء منه وتبقى الرئتان أو جزء منهما صلبا لايتمدد

ويعرف هذا العارض بوجود اصمية خفيفة عند القرع وضعف التنفس عند السمع ومن الصورة التى تؤخذ بالاشعة والمولود يكون فى حالة اختناق ويزرق وجهه

وتنخفض الحرارة الى تحت الطبيعية بحيث لا يتنبه الطفل طول الوقت ولا يقوى على مص الثدى او البكاء وقد يموت المولودون بهذا المرض فى أغلب الاحيان وخصوصاً الضعفاء منهم

العلاج. يجب تنبيه المولود من وقت لآخر واستعمال الوسائل التى تحرضه على البكاء أو الصراخ وذلك ليتنفس تنفسا عميقاً ما أمكن وان لم يفد ذلك فيرش الماء عليه ويوضع فى الماء البارد والساخن بالتعاقب مع استعمال الدلك والتنفس الصناعى ويجب ان يلف الطفل لجعله دافئا

اختناق المولود الحديث

الاختناق إما ان يكون نتيجة اسباب داخل الرحم وإما خارجه فالاسباب الاولى أكثر حصولا والثانية نادرة الحصول

والاسباب التى داخل الرحم تكون نتيجة اختلال الدورة الدموية فى المشيمة وهى اما ان تكون من الأم واما من المولود فالتى من الأم مثل حصول نزف أو تشنجات أو موت الام أثناء الوضع — أو تأخر نزول المشيمة أو من اعطائها الارجوتين

والتى من المولود مثل التواء الحبل السرى او الضغط على الحبل السرى او المخ أو من دخول مواد مخاطية او دموية او سائل امنيوسى أو عقى في المسالك الهوائية

اما الاسباب التى تكون خارج الرحم فمثل وجود تشوهات فى المخ او عضو من أعضاء الجهاز الدورى أو التنفسى او من حصول ولادة قبل الأوان أو من مرض أو اصابة لاعضاء الجهاز التنفسى او الدورى او الخ

الاعراض. يمكث الاختناق لمدة دقائق معدودات أو ربما يتعدى بضع ساعات وفى أثناء ذلك يزرق الوجه ويضعف التنفس والنبض اذا استمرت النوبة فيحتقن الوجه وتجحظ العينان ويهبط الحبل السرى واخيرا يصفر الوجه ويضعف القلب لدرجة عظيمة

العلاج . ينظف داخل الانف والفم و يستخرج منهما المواد الغريبة وتتنبه حركة التنفس — برش الماء البارد والساخن بالتعاقب او باستعمال الحمام البارد والساخن اذا كان المولود شديد الزرقة و يستحسن استنزاف جزء من الدم من الحبل السري واذا لوحظ وجود مواد مخاطية أو خلافها فى الحنجرة أو في القصبة الهوائية فيمكن ادخال قسطرة من الجلد واستخراج تلك المواد باستعمال المص ثم تستعمل الطرق المعروفة للتنفس الصناعي

الولادة قبل الاوان

الولادة قبل الاوان كثيرة الحصول وتسبب ارتفاعاً كثيرا فى نسبة وفيات الاطفال وتحصل الولادة غالباً بين الشهر السابع والثامن ومرض الزهرى هو من أهم اسبابها فيولد الطفل ضعيفاً صغير الحجم خفيف الوزن لا تتحرك اطرافه الا بصعوبة . غائر الوجه (شكل الرجل العجوز) والجلد ناعم سريع الانثلام والتنفس غير منتظم وضعيف وفى بعض الاحيان تكون الرئتان غير متمددتين والنبض ضعيفاً وغير ممتلىء والعظام لينة والحرارة تحت الطبيعية ولا تمكن لهؤلاء الاولاد الرضاعة أوالبلع جيداً ولذلك يصابون بسوء الهضم سريعاً وقد يعتريهم مغص شديد ويزداد عندهم حمض البوليك مما يسبب احتباسا فى البول ثم تسمما بوليا

العلاج . يستحسن وضع مثل هؤلاء الاطفال فى آلات التفريخ المعروفة (Incubators) لاعطائهم الحرارة الكافية او لفُّهم بالقطن جيداً ، او بالصوف أو احاطتهم بالزجاجات أو الاكياس الساخنة ثم يجب إعطاء لبن الثدى وان لم يقو المولود على الرضاعة فيعطى له اللبن فى الفم شيئا فشيئا واذا كان لبن الام معدوماً يستعاض عنه بلبن البقر المخفف كثيراً وإذا لم يمكن البلع يعطى اللبن بواسطة القسطرة من الانف والفم

أمراض معدية

تعفن الحبل السرى . قد ينسمم الدم من تسرب الميكروبات اليه وخصوصاً الاستربتوكوك من طريق الحبل السرى وقد يجوز أن يصاب المولود باليرقان نتيجة هذا التسمم وذلك من وصول الميكروبات الى الاوردة الكبدية ومنها الي الكبد نفسه وتتصف الاعراض بحصول احمرار فى الجرح مع تقيح وورم ويكون الطفل قلقاً لايستريح فى نومه وترتفع حرارته الى درجة ٣٩ ويحصل له إسهال و يصفر لون الجلد وربما يحصل أيضاً نزف من جرح السرة أو من الامعاء وقد تحصل العدوى غالباً فى اليوم الثانى للولادة وهذا من الامراض الخطرة على حياة الطفل وقد يحصل التهاب بسيط غير عفن نتيجة تأخر التحام الجرح السرى فيلتهب موضع الجرح وغالباً لايتعدى هذا الالتهاب إلى مابعد السرة ويبقى الموضع رطباً وربما يتقيح الجرح و يتقشر ولاتتأثر الصحة العمومية للمولود . أما إذا كان الالتهاب شديداً وتقيح الجرح فربما يمتد الاحمرار الى الاجزاء المجاورة ويخترق الالتهاب الانسجة الرخوة ويحصل من ذلك التهاب بريتونى وترتبك صحة الطفل وتصبح حالته خطرة

العلاج . يجب الاعتناء الشديد باتخاذ الاحتياطات المطهرة عند قطع الحبل السرى ثم استعمال الحقن الملحية ثم تعمل النظافة والغيار كما فى كل جرح و تستعمل ذرورات لتجفيف الجرح مثل حامض السلاسيك مع مسحوق النشا بنسبة ١ — ٦ واذا تأخر الالتحام فيكوى الجرح بمحلول نترات الفضة بنسبة ٢ فى المائة واذا لم يلتحم الجرح رغماً من ذلك فيفحص الافراز بكتريولوجيا لمعرفة نوع الميكروبات (قد شاهدت حالة فى مستشفى فينا للاطفال لم يلتحم فيها الجرح رغما من كل الاحتياطات التى عملت وأخيراً فحص الافراز بكتريولوجيا فوجد محتويا على ميكروب الدفتريا فحقن الطفل بالمصل المضاد للدفتريا وكانت النتيجة الشفاء التام)

الرمد التقيحى Opthalmia Neonatorum

يحصل هذا الرمد بسبب العدوى من أم مصابة بالسيلان أثناء نزول الجنين. وقد تحصل العدوى أيضا بعد الوضع من تلوث الايدى أو الادوات التى تستعمل للمولود بميكروب السيلان

الاعراض

ورم الاجفان وورم واحمرار الملتحمة مع نزول صديد من العين وان لم يدرك المرض في الوقت المناسب قد يمتد الالتهاب الى القرنية وتحدث قروح وارتباكات شديدة للعين ربما يفقد المولود فيها بصره وقد ينجم عن ذلك ارتباكات عامة للجسم مثل التهاب المفاصل والتهاب الانف

العلاج .

يجب معالجة الأم من السيلان قبل الوضع وأثناء الوضع وبعده بالعلاجات المعروفة مثل محلول السليمانى $\frac{1}{5000}$ ثم تغسل اعين المريض بمحلول حامض البوريك ويقطر في كل عين محلول نترات الفضة بنسبة ٢ فى المائة ثم تغسل العين بعد ذلك بالمحلول الملحى ويجوز استعمال البروتارجول والارجيرول والسلفارول بنسبة ٥ ـ ١٠ فى المائة واذا تعذرت الحالة فتترك الي طبيب العيون

الفقاع . (Pemphigus)

يحصل هذا المرض غالباً من العدوى بميكروب الذرى العنقودى الذهبى

ويظهر المرض من اليوم الخامس الى الاسبوع الثالث بشكل فقاقيع مستديرة فى حجم العدسة الى ربع الريال على البطن ثم الفخذين ويندر ظهوره فى راحة اليدين والقدمين بخلاف الزهرى . والجلد يكون ملتهباً تحت تلك الفقاقيع وغالباً يكون هذا المرض من الامراض الخفيفة القابلة للشفاء اما فى الاحوال الشديدة فيكون خطراً على حياة الطفل

العلاج

يجب ان يعنى بتغذية المولود وتعمل حمامات ساخنة بمحلول البوريك ثم يستعمل بعد ذلك المجففات ومنها الذرور الآتى

تحت نترات البزموت ٠٦ و سنتيجرام

حمض السلاسيك ٠٦و «

مسحوق الزنك ٣٠ جراما

وفى الاحوال العسرة العلاج يستعمل اللقاح

الحمرة .

الحمرة هى مرض عفن مسبب عن ميكروب الاستربتوكوك الذى يصل الى المولود الحديث من طريق الجرح السرى او من الأنف

الاعراض .

تبتدىء الاعراض فجأة بارتفاع فى الحرارة وربما بحصول تشنجات خفيفة ثم ظهور احمرار فى الجلد فى دائرة محدودة من الجسم قد يمتد وينتشر الى عموم الجسم فيبكى الطفل من الالم ويصير قلقا وقد تحصل له ارتباكات مختلفة كالاسهال المستمر وتسلخ الجلد و تشققه والتهاب رئوى اوالتهاب بريتونى حاد ويصبح الطفل فى حالة خطرة.

العلاج .

يدهن الجلد بمرهم اكتيول بنسبة قوية ١٥ ــ ٣٠ فى المائة او بمحلول الاكتيول فى الجلسرين بالنسبة عينها او توضع على الجلد رفادات مشبعة بمحلول الملح الانكليزى بنسبة ٥٠ فى المائة واذا امتدت الحمرة رغما من ذلك فيمكن دهن الجلد بمحلول حامض الفنيك ٢٪ ثم يغسل مباشرة بالكحول وقد يستعمل ايضاً العلاج بالحقن بالمصل المعروف (وانى شخصياً لم اجرب طريقة الحقن بالمصل فى المولود الحديث) .

تيتانوس المولود الحديث.

هذا مرض عفن أيضاً مسبب عن العدوى بميكروب التيتانوس الذى يصل الى المولود بواسطة جرح الحبل السرى أو جرح نتيجة الطهارة التى تعمل فى الأيام الاولى بعد الوضع

الأعراض.

أعراض التيتانوس معروفة ولا داعى لشرحها هنا فقط أضيف اليها أنها تأتى المولود فى اليوم الثالث من عمره ولا تتأخر عن الأسبوع الثانى وتظهر النوبة فجأة بتوتر فى عضلات الفك وتمتد التشنجات المنتظمة الى عموم الجسم وقد تزداد النوبات وزيادتها تدل على خطورة الحالة وقد يجوز ان ينجو الطفل من هذا المرض تدريجا

العلاج.

يجب عمل الاحتياطات الشديدة فى تطهير الجروح كالمعتاد ويلجأ حالا الى الحقن تحت الجلد بالمصل المضاد للتيتانوس بمقدار ٥٠٠ وحدة كوقاية فى أحوال الجروح و ٢٠٠٠ وحدة كعلاج ويمكن حقن المصل فى الوريد أيضا

وتعالج الاعراض التشنجية بأعطاء مسكنات مثل بروموراالبوتاسيوم والكلورال والحمامات الساخنة (انظر التشنجات) ويغذى المولود باللبن من داخل الانف لعدم قدرته على البلع

المرض النحاسى أو مرض ونكل Wenckel's Disease

هو مرض وبأى شديد العدوى وهو نادر الحصول جداً وسببه غير معروف

الاعراض.

يبتدىء ظهور الاعراض بعد اليوم الرابع من حياة المولود فيظهر على الطفل

قلق شديد ويمتنع عن الرضاعة وترتفع الحرارة وتزداد سرعة التنفس ويتلون الجلد باللون الرمادى المائل للاصفرار ثم يصبح الطفل فى حالة سبات ويصير لون البول غامقا دمويا ويحتوى على خلايا بشرية وأسطوانات حبيبية ودمويه

العلاج .

لايوجد علاج خاص بهذا المرض فقط تعالج الاعراض حسب ظهورها

أمراض وظيفية .

يرقان المولود الحديث .

نرى كثيراً انه يحصل للمولود الحديث فى اليوم الثانى من ولادته تغير فى لون الجلد باللون الاصفر الطفيف وهذا يبتدىء فى الوجه أولا ثم فى الصدر ثم الملتحمة وأخيراً فى الأيدى والأرجل وقد يستمر الاصفرار فى الازدياد الى اليوم العاشر ثم يزول بعد ذلك تدريجا من نفسه ويعود الطفل الى لونه الطبيعى وهذا حادث فسيولوجى ليس معروفا سبب حدوثه وقد لايتغير لون البول ولا البراز ، بل يبقى لونهما طبيعياً ويكون المولود في صحة جيدة وهذا يميز عن اليرقان المسبب عن الامراض المختلفة كالزهرى وانسداد القنوات الصفراوية الخلقية وأمراض الكبد المختلفة

وقد توجد أنواع أخرى من اليرقان ليست وظيفية تصيب المولود الحديث ومثل هذه

(ا) يرقان نتيجة عدوى من ميكروبات معوية . (كالباسيل القولونى)

هنا يصاب الطفل بحمى خفيفة مع يرقان وزرقة فى الجلد ويحصل اسهال ويمتنع عن الرضاعة وفي هذه الحالة لايتأثر الكبد ولا القنوات الصفراوية ولاالطحال وهذا المرض من أشد الامراض خطراً على حياة الطفل .

وعلاجه هو تحسين الحالة العمومية والتقوية بالحقن تحت الجلد بمحلول الملح

الطبيعي أو محلول السكر وإعطاء المطهرات المعوية كالزئبق الحلو مع ملاحظة تطهير المواد البرازية

(ب) يرقان نتيجة الزهرى الوراثى

قد يحصل يرقان سببه الزهرى وقد يموت الطفل رغم معالجته بالعلاجات الزهرية المعروفة

(ج) يرقان نتيجة انسداد القنوات الصفراوية .

سبب هذا اليرقان هو وجود تشوهات خلقية فى أحد الاعضاء وخصوصا انسداد القنوات الصفراوية أو نقص فى أحداها وهو يتعدد وجوده فى أطفال من عائلة واحـدة وقيل ان الزهرى من أسبابه ولـكن هذا رأى ضعيف لم يتأيد بالاجماع وتتصف الاعراض بظهور يرقان في الجسم بعد اليوم الثانى للولادة ويزداد هذا اليرقان شيئا فشيئا الى ان يفقد البراز لونه الطبيعى وتظهر الصفرة فى البول ويضعف الطفل تدريجا وهو من الأمراض الخطرة جداً للاطفال الحديثى الولادة وخصوصا اذا صادفه ارتباكات وأشد هذه الارتباكات خطراً هو حصول أنزفة فى مواضع مختلفة كالمعدة والانف والأمعاء وقد يزداد أصفـرار الجلد وضوحا عندما يتقدم المرض ولا يبرح عنه حتى الموت

العلاج .

ان العلاج فى هذه الحالة لايجدى وقد وجد ان عمل عملية جراحية يفيد نوعاً ما بشرط ان تعمل مبكراً قبل ان تشتد إصابة الـكبد وتلك العملية هى وصل الاثنى عشرى بالحويصلة الصفراوية

التهاب الثدى

قد يلاحظ كثيراً وجود خراجات فى أثداء الاطفال الحديثى الولادة ويكون سببها تكون اللبن فى الغدد وهم فى بطون امهاتهم وقد رأينا معظم القابلات هنا

يتبعن عادة عصر الأثداء بعد ولادة الأطفال وهذا مما يسبب حصول تشققات فى الثدى تتسرب اليها الجراثيم المعدية . ويبتدئ افراز اللبن من الثدى بين الأسبوع الأول والثالث ثم يختفى من نفسه تدريجا

وهذا اللبن مشابه فى التركيب للبن الأم واذا نظر تحت المجهر يرى كاللباء

وتعالج الخراجات كالمعتاد بالفتح والتنظيف والمطهرات

امراض نزفية .

ينقسم نوع النزيف عند المولود الحديث الى ثلاثة أقسام كما يأتى

(١) نزيف مسبب عن إصابة مختلفة

كما فى احوال الولادة العسرة او من قوة الدفع والمقاومة التى يقابلها المولود وقت ظهوره من غيابة الرحم الى عالم الوجود ومن سوء استعمال التنفس الصناعى عند الاختناق وموضع النزف يكون داخلياً فى المخ من تمزق الشرايين أو السحايا أو الأنسجة الداخلية أو فى أعضاء التجويف الصدرى أو البطنى أو فى العضلات أو تحت الجلد

ولملافاة ذلك يجب عمل الاحتياطات الآتية

اولا — تفحص الأمّ قبل الولادة من وقت لآخر لإصلاح اى خطأ يجده الطبيب ولمعرفة وضع الجنين

ثانياً — لايجب استعمال طريقة التنفس للاطفال المولودين حديثاً واذا شوهد بروز فى اليافوخ مما يدل على حصول نزف من الجمجمة فيعمل البذل القطنى

(٢) نزيف مسبب عن امراض مختلفة .

قد يحصل هذا النزف فى الاشهر الاولى من حياة الطفل كما فى احوال تسمم الدم ومرض الزهرى او امراض القلب الخلقية وفى احوال انسداد القنوات الصفراوية الخلقية وقد يستمر النزف طالما يوجد المرض ولاصلاح ذلك تعالج الامراض المسببة

(٣) انزفة غير معروف سببها .

(ا) نزف سرى

قد يشاهد حصول نزف من السرة وهذا يظهر غالباً فى اليوم الخامس بعد الولادة او قبيل ذلك ولا يتأخر عن اليوم التاسع ولا يستمر اكثر من ثلاثة ايام وقد يقف النزف من نفسه بعد ايام قليلة هذا بخلاف النزف الذى يحصل من عدم ربط الحبل السرى جيداً

(ب) نزف معدى معوى

يعرف هذا النزف بوجود الدم في القيء او في البراز ويأتى فى اليوم الثانى بعد الولادة ولا يتأخر عن الاسبوع الثانى وفى هذه الحالة قد يظهر على الطفل انيميا وضعف وقد يشاهد فى بعض الاحيان ان وجود الدم فى القيء ناتج عن ازدراد المولود دما ناتجا من وجود جروح وتشقق فى حلمات الثديين وقت الرضاعة

(ج) نزف مهبلى

قد نرى في بعض الاحيان ظهور دم فى المهبل وهذا يحصل فى بحر الاسبوع الاول من الولادة ولا يتأخر عن الاسبوع الثالث ولا يحتاج الى علاج لانه غالبا يقف من نفسه

ولمعالجة تلك الانزفة على العموم يجب اتباع ما يأتى :

يستعمل فى علاج نزف الحبل السرى تنظيف المكان بمحلول خفيف كحامض البوريك وتوضع الرفادات بمحلول الادرنالين بنسبة واحد على الف أو يكوى بمحلول نترات الفضة بنسبة ٢ في المائة أو يكوى بالنار أو يربط المكان ربطا جيدا

وفي احوال النزف المعدى المعوى يجب وضع الطفل في مكان هادىء ويلف بالقطن وتوضع حواليه الزجاجات الساخنة وان كان فى حالة ضعف يمنع من الرضاعة ويعطى له اللبن بالملعقة وتعمل الحقن تحت الجلد بمحلول الملح الطبيعى أو يعطى من محلول الادرنالين $\frac{١}{١٠٠٠}$ من نقطة الى نقطتين مرة كل ساعتين

واذا لم تنجع كل هذه الوسائل فنلجأ الى حقن الطفل فى الوريد فيمكن عمل الحقنة تحت الجلد بالمقدار نفسه مرتين أو ثلاث مرات فى اليوم الواحد وقد أتت هذه العملية بنتيجة باهرة فى إيقاف النزف

امراض أخرى

تشنجات المولود الحديث

قد تحصل تشنجات فى الاسبوع الاول من حياة الطفل وهى تدل على وجود انزفة داخل الجمجمة أو إصابات نتيجة ولادة عسرة أو من تسمم الدم من أم مصابة بالاكلامبسيا والعلاج هنا عديم الجدوى و بعضهم يحبذ فتح الجمجمة لايقاف النزيف ويستحسن وضع المولود فى مكان هادئ ويلف بالقطن والزجاجات الساخنة (انظر الكلام على التشنجات)

ارتيميا المولود الحديث Erythema

قد يحدث للمولود الحديث التهاب واحمرار فى الجلد من تأثير عدم تغيير اللفائف الموضوعة عليه المعدة لتلقى البول والبراز عند تلوثها بهما وقد يمتد الاحمرار فى بعض الاحيان الى الفخذين ثم الساقين وفى بعض الحالات يكون الاحمرار خفيفا وفى البعض الآخر شديداً لدرجة ان يتشقق الجلد والسبب في ذلك هو شدة حموضة البراز أو من تأثير النوشادر فى البول والنوشادر هذا هو مادة كاوية

ولعلاج هذا المرض يجب تغيير اللفائف كلما تلوثت ثم غسلها جيداً ويعنى بغذاء المولود ثم بغسل الجلد بالماء الملحى الساخن ويدهن بالفازلين أو مرهم الاكتيول (شاهدت حالة اشتد فيها الاحمرار بدرجة شديدة وكان المولود يبكي بكاء حادا كلما تبرز وامتد الاحمرار تقريبا الى عموم الفخذين والاليتين ورغما من عمل كل الوسائل السابقة لم تتحسن الحالة الا بالاكتيول فانه كان يزيل الاحمرار نوعا ما وأخيرا فكرت فى مرض الزهرى وأعطيت الطفل مرهم الزئبق وفعلا قد تحققت الفكرة وأخذت الاعراض تتحسن الى ان زالت)

« الدسنطاريا فى الاطفال »

« للدكتور ابراهيم شوقى »

تعريف الدسنطاريا : هى التهاب الغشاء المخاطى للقولون . ظواهره المعلومة الاسهال المصحوب بالمواد المخاطية والدم مع الزحير . أما مركز الالتهاب فى الغشاء المخاطى للجزء الاخير من القولون . وقد يصل الالتهاب الى الاعور وقد يمتد قليلا فى المعى اللفائفى Ileum . فيشاهد فى الغشاء الملتهب احتقان الاوعية الدموية وبثرات قرحية صغيرة على السطح . وقد تمتد هذه القرح فتتصل ببعضها وينشأ عنها تقرحات واسعة مزمنة . وهذا النوع نادر الوجود فى الاطفال :

فالدسنطاريا فيهم إما تشفى أو تسبب الموت العاجل .

أسباب المرض : قد يكون التهاب الغشاء المخاطى للقولون أولى وناتج عن اصابة بميكروب خبيث أو حيوان من ذوات الخلية الواحدة كأميب . وقد يكون ثانويا كأن ينشأ عن اصابة مركزها جهاز غير الجهاز الهضمى نفسه كالرئتين مثلا أو يكون مسبباً عن اسهال عادى مزمن حيث ينتج التهاب الغشاء المخاطى للقولون من استمرار مرور فضلات الغذاء واحماض التخمر على الغشاء المذكور .

ومن رأيى أن نقصر لفظة «الدسنطاريا» على التهابات القولون الاولية وأن نسمى الالتهابات الثانويه « نزلات قولونية » أو « نزلات بالقولون »

« ا » الدسنطاريا « الأولية »

أهم مميزاتها أن عوارض التهاب الغشاء المخاطى للقولون أى الاسهال المصحوب بالدم والمخاط والزحير . تظهر عقب دور هجوم قصير غالباً فى اليوم الاول من المرض وقد تبدأ هذه الاعراض فجأة وبشدة كبيرة . وقد تصحب اعراض التهاب القولون الظواهر المعلومة للامراض المعدية كالحمى والقىء التى تنتج عن وجود توكسين

ميكروبى فى الدم . وقد لاتنشأ هذه الاعراض بالمرة .

ولكي نبين انواع الميكروبات أو الحيوانات التى قد تنشأ عن الاصابة بها فى مصر اعراض الدسنطار يا أثبت الجدول الآتى بعد فهو يحوى ثمانية وثلاثين حالة دسنطاريا أولية فى الاطفال من الطبقة التى تتردد على العيادات الخصوصية . مبيناً امام كل حالة أهم الاعراض ونتيجة الفحص البكتريولوجى العام للبرازوالتى قام بها زميلى الدكتور زكى خالد البكتريولوجى بمعامل مصلحة الصحة .

« جدول يبين بالتفصيل عدد ٣٨ حالة دسنطاريا فى الاطفال »

رقم	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
١	٢ سنة	إسهال منذيوم . دم ومخاط وزحير بدون قىء . حرارة ٣٨٫٥°	باشلس شيجا	سيروم	شفى
٢	١ سنة	إسهال ٩ ايام . دم ومخاط وزحير من اليوم الثانى . الدم ظهر لمدة يوم واحد . حرارة متوسطة ومستمرة		أدوية ونظام تغذية	شفى
٣	١ ٣/١٢	إسهال ٨ ايام دم ومخاط وزحير ثالث يوم . قىء منذ يومين . هبوط شديد. حرارة ٣٨٫٤٥°	سلبى	أدوية ونظام تغذية	توفي
٤	٣ سنة	إسهال متقطع منذ عدة اشهر . احيانا دم ومخاط وزحير . حرارة غير مرتفعة قىء غير موجود	مورجان نمرة ١ ولمبليا	أدوية	شفى
٥	١ ٦/١٢	إسهال متقطع منذ أسابيع . احيانا دم ومخاط وزحير . حرارة ٣٧٫٥° الى ٣٨° باستمرار . قىء غير موجود	باشلس واى ومورجان نمرة ١	سيروم وفاكسين من المريض نفسه	شفى
٦	٣ ٦/١٢	إسهال بدم وزحير لمدة اسبوع من شهر . ومن وقتها مخاط بكثرة فى البراز . زحير احيانا . الدم امتنع . حرارة غير موجودة	أميبا	إمتين	شفى
٧	١ ٦/١٢	أعراض دسنطاريا منذ شهرين وشفيت . نكسة منذ اسبوع . دم	أميبا	إمتين	لا يعلم

رقم	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
		و تعنية. حرارة غير موجودة			
٨	٨ سنة	إفراز دم بكثرة من الشرج . الدم غير متغير . مخاط . زحير غير موجودة . أعراض كالسابقة منذ سنة	أميبا	إمتين	شفى
٩	٩/١٢	إسهال اسبوعين. دم ومخاط وزحير من الاول . الاعراض غير شديدة قىء غير موجود . حرارة ٣٧٫٥° الغذاء رضاعة طبيعية ولبن حليب	مورجان نمرة ١	سيروم وأدوية ونظام تغذية	تحسن قليلا ثم لا يعلم
١٠	٨ ٣/١٢	أعراض دسنطاريا لاول مرة منذ سنين . نكسان دم ومخاط وزحير حرارة غير موجودة	أميبا	إمتين	شفى
١١	١ ٦/١٢	إسهال وقىء متقطع منذ شهرين . دم ومخاط احيانا . زحير غير موجود الحرارة قد ترتفع الى ٤٠°	مورجان نمرة ١	نظام تغذية وأدوية	توفى
١٢	٨/١٢	اسهال اسبوع مع دم وزحير ومخاط . الحالة اشتدت بالتدريج . قىء غير موجود . حرارة ٣٨٫٢° . رضاعة طبيعية فقط	باشلس فلكسنر	سيروم	شفى
١٣	١ ١/١٢	اسهال ٣ اسابيع . شديد فى الاول ٢٠ دفعة فى اليوم . دم ومخاط	باشلس فلكسنر	سيروم	توفى

رقم	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
		وزحير من اليوم الثالث · قىء فى الاول . حرارة ٣٨ر٨° . مفطوم			
١٤	٩/١٢	إسهال مع دم ومخاط وزحير ٢٠ يوم . قىء غير موجود . حرارة غير موجودة . الغذاء رضاعة صناعية	سلبى	سيروم وأدوية ونظام تغذية	شفى
١٥	٢ ٢/١٢	دسنطاريا منذ ٦ اسـابيع . تبرز من ٦ الى ٨ مرات يوميا مع دم ومخاط وزحير . حرارة غير موجودة . عولج بالامتين فى الاول	باشلس شيجا	سيروم وفاكسين من المريض نفسه	شفى
١٦	٩/١٢	إسهال من اسبـوعين بعد حصبة . دم ومخاط وزحير . حرارة غير منتظمة حوالى ٣٧ر٨ . قىء غير موجود	مورجان نمرة ١	أدوية ونظام تغذية	شفى
١٧	١ ٢/١٢	اسهال شديد من اسبوعين مصحوب بدم ومخاط وزحير من الاول . حمى متوسطة . حرارة ٣٨° . قىء احيانا . الدم انقطع من اليوم الخامس للمرض	باشلس شيجا ومورجان نمرة ١	سيروم وأدوية ونظام تغذية	شفى
١٨	٦/١٢	اسهال منذ الفطام من عشرة أيام . عشرون دفعة فى اليوم الاول · دم ومخاط وزحير فى أول يوم فقط . حرارة ٣٧ر٦°	باشلس فلكسنر	سيروم وأدوية	شفى
١٩	١٠/١٢	اسهال ٤ اسابيع . تحسن ثم انتكس من اسبوع . دم احيانا مع مخاط	باشلس فلكسنر	سيروم وأدوية	شفى

رقم	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
		وزحير . قيء غير موجود . حرارة من ٣٧٫٥° الى ٣٨°			
٢٠	١ ٨/١٢	مغص شديد جدا بدأ فجأة في الصباح مع قيء تكرر دفعتين . دم بكثرة ومخاط . زحير غير موجود . حرارة ٣٧٫٣°	باشلس شيجا	سيروم وأدوية	شفى
٢١	٤	أعراض دسنطاريا بعد حصبة بأربع أسابيع . ابتداء حاد . دم ومخاط وزحير من الاول . حرارة ٤٠°	باشلس شيجا	سيروم وأدوية	شفى
٢٢	٢	حمى مستمرة حرارة الى ٣٩° من اسبوع مع اسهال خفيف مصحوب بدم ومخاط وزحير من اليوم الثانى . قيء غير موجود . البراز ذو رائحة كريهة (هذه الحالة تحسنت فيها اعراض الدسنطاريا بعد اعطاء السيروم ولكن الحمى استمرت ٣ اسابيع)	بارانتريك	سيروم وأدوية	شفى
٢٣	١ ٣/١٢	اسهال اخضر مع مخاط ورائحة كريهة مدة اربعة ايام ثم زحير ودم ، الحرارة من ٣٧٫٥° الى ٣٨° . استمر المرض الى ٤ اسابيع	باشلس فلكسنر	سيروم وأدوية	شفى
٢٤	٢	اعراض دسنطاريا حادة وشديدة جدا . حرارة ٤٠° انتفاخ	باشلس شيجا	سيروم وأدوية	شفى

رقم	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
		شديد بالبطن اعراض تسمم شديدة . قيء احيانا			
٢٥	١ ٩/١٢	اعراض دسنطاريا حادة . ٣٢ تبرز فى اليوم الاول . حرارة ٢ ر٤٠° . قيء غير موجود	باشلس شيجا	سيروم وادوية	شفى
٢٦	١ ١/١٢	اسهال غير منتظم لمدة بضع اسابيع . منذ ايام اسهال شديد مصحوب بدم قليل جدا ومخاط كثير وزحير حرارة ٥ر٣٧° الى ٣٨°	باشلس فلكسنر	سيروم وادوية	شفى
٢٧	١١/١٢	إسهال مصحوب بمخاط وقليل من الدم وأحيانا زحير من اليوم الثالث حرارة طبيعيه قيء غير موجود	سلبى	ادوية ونظام تغذية	شفى
٢٨	١	اعراض دسنطاريا غير منتظمة وغير حادة من بضعة اسابيع. يستحسن عند ما يعطى سلفات الصودا ثم ينتكس . حرارة ٥ر٣٧°	باشلس فلكسنر	سيروم وادوية	شفى
٢٩	١٠/١٢	حرارة وصلت الى ٣٩° لمدة اسبوع مصحوبة باعراض دسنطاريا عدد التبرز ٤ الى ٦ مرات. الحمى استمرت ٢٩ يوما رغم تحسن الاعراض المعوية	سلبى	سيروم وادوية	شفى

رقم	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
٣٠	٢ ٦/١٢	اعراض دسنطاريا ، ابتداء حاد ، غير شديدة ، حرارة ٢ر٣٧° ، قىء غير موجود ، أعطى امتين بدون تحسن	فلـكسنر	رفض اخذ حقنه السيروم .ادوية فقط	شفيت الاعراض
٣١	١ ١٠/١٢	حمى متوسـطة الارتفاع لمدة اسبوعين ، دم ومخاط وزحير قليلة من اليوم الثانى . قىء موجود	باراتيفويد «ب»	ادوية ونظام تغذية	شفى
٣٢	٢ ٦/١٢	اعراض دسنطاريا حادة . ابتداء حاد حرارة ٣٩° الى ٤٠° . له اخ توفي قبلها ببضع ايام بنفس الاعراض (لم يكن اعطى سيروم)	باشلس شيجا	سيروم وأدوية	شفى
٣٣	٢ ٣/١٢	اعراض دسنطاريا منذ ٥ ايام . غير حادة . دم ومخاط وزحير . تبرز ٤ إلى ٦ مرات في اليوم . حرارة ٥ر٣٧° الى ٣٨° . قىء غير موجود	باشلس فلكسنر	سيروم وأدوية	شفى
٣٤	٣	اعراض دسنطاريا لمدة قصيرة . تكررت بضع مرات في بضعة أشهر حرارة طبيعية . اعطى حقن امتين لمدة طويلة	لمبليا	أدوية	شفى
٣٥	٦	دسنطاريا تكررت اربع مرات فى سنة . اعراض غير حادة . حرارة طبيعية . قىء غير موجود	لمبليا	أدوية	شفى

النمرة	السن	الاعراض باختصار	نتيجة الفحص البكتريولوجى	العلاج	نتيجة العلاج
٣٦	١ ٩/١٢	اسهال مصحوب بدم ومخاط وزحير من ٣ ايام غير حاد. حرارة متوسطة	فلكسنر	سيروم	لا يعلم
٣٧	١ ١/١٢	اسهال منذ ٤ ايام مصحوب بدم ومخاط وزحير. اعراض غير حادة حرارة طبيعية، قيء فى أول يوم فقط، ارتفعت الحرارفى الاسبوع الثانى	سلبى	سيروم وأدوية	توفى
٣٨	١	اسهال شديد من ٣ أيام مصحوب بدم وزحير ومخاط ، قيء غير موجود ، حرارة ٣٧٫٥° الى ٣٨٫٢	باشلس واى	سيروم وأدوية	شفى

ملاحظات على الجـدول السابق : —

أولا : في اكثر من ٨٥ ٪ من الحالات التى تكون فيها الدسنطاريا أولية (كما سبق التوضيح) يمكن الاستدلال على الميكروب أو الحيوان المسبب للمرض أى ان اربعة اخماس الحالات التى يبدأ المرض فيها باسهال مصحوب بدم ومخاط وزحير تكون نتيجة اصابة أولية ، والنتيجة العملية لذلك هى ان فى مثل هذه الحالات يكون البحث متجهاً نحو معرفة نوع الاصابة خصوصا اذا كانت اصـابة ميكروبية أو حيوانية

فاذا قسمنا الحالات الواردة بالجدول السابق الى اطفال اقل من سنتين واطفال اكثر من سنتين وجدنا :

ان فى الاطفال الذين عمرهم اقل من سنتين تكون نحو نصف حالات الدسنطاريا فيهم دسنطاريا ميكروبية حقيقية : أى نتيجة عدوى بميكروب شيجا او فلكسنر او واى . Shiga, Flexner, Bacil. Y.

وان اربعة فى المائة فقط من هذه الحالات دسنطاريا حيوانية اى نتيجة اصابة بالحيوان ذى الخلية الواحدة .

فى الاطفال الذين يزيد سنهم على السنتين تكون نسبة الاصابة بالميكروب والحيوانات ذات الخلية الواحدة متساوية .

ثانياً : فى نحو العشرين حالة اى اكثر من نصف جميع الحالات التى بحثت بكتريولوجيا ثبت وجود باشلس الدسنطاريا .

سواء اكان شيجا او فلكسنر او واى "Shiga, Flexner or B .Y" وهي الحالات التى علاجها الوحيد الناجع هو الحقن بالسيروم المضاد للدسنطاريا .

وهذه حقيقة قد غابت عن ذهن كثير من الاطباء المشتغلين فى مصر . وهى حقيقة ينبغى تفهمها جيداً فان عدم اعطاء السيروم فى مثل هذه الحالات خطأ قد لا يقل عن مثله في حالات الدفتريا .

ثالثاً : ان سبعة الحالات التى وجد بها الحيوان ذو الخلية الواحدة هو المسبب للدسنطاريا (الاميب او اللامبليا) كانت كلها عدا واحدة فى اطفال سنهم اكثر من سنتين . ومغزى ذلك انه فى الاطفال الاقل من سنتين يكون اعطاء حقنة الأمتين خطأ وانه من الصواب اعطاء السيروم فى اكثر من تسعة اعشار الحالات أما فى الاطفال الاكبر سناً فعند عدم استطاعة التميز بين العدوى بالميكروب والعدوى بالحيوانات ذات الخلية الواحدة واذا لم يتيسر عمل فحص سريع فى هذه الحالات يحسن اعطاء السيروم والأمتين مع بعضهما كما سنبينه فيما يلى .

رابعاً : يلاحظ أن الباراتيفويد « ب » وميكروب البارانتريك والمرجان قد تسبب فى الاطفال اعراض دسنطاريا حادة أولية يصعب تميزها عن الدسنطاريا

الميكروبية الحقيقية الا بالفحص البكتريولوجى على أن ذلك ينبغى ألا يؤثر على العلاج من جهة اعطاء السيروم فى جميع الحالات المشتبه فى أنها حالات دسنطاريا حادة ميكروبية .

خامساً : ان فى حالات الدسنطاريا الميكروبية البالغ عددها ٢٠ حالة لم يمت سوى حالة واحدة لم أرها الا بعد أن ساءت حالتها كثيرا وما خلا هذه الحالة كان الشفاء تاما وغالباً سريعاً . وذلك يرجع الى اعطاء السيروم بمقادير وافرة ومن الاول . ويلاحظ أن فى الثمانية والثلاثين حالة المذكورة فى الجدول كانت الوفيات اربعة فقط منها اثنتان نتيجة الفحص فيهما سلبية وواحدة نتيجة الاصابة باشلس المرجان نمرة ١ غير المعلوم له سيروم أو علاج مضاد .

والآن سآتى بوصف أعراض وعلاج الدسنطاريا الاولية مقسمة كالآتى :ـ

(١) الدسنطاريا الميكروبية Bacillary Dysentry

(٢) الدسنطاريا الاميبية Amaebic Dysentry

(٣) الدسنطاريا نتيجة اللامبليا Lamblia Dysentry

ثم اردف ذلك بوصف أعراض وعلاج الدسنطاريا والثانوية

(أو الاصح « النزلات القولونية ») Secondary Colick

الدسنطاريا الميكروبية فى الاطفال

Bacillary Dysentry.

الاعراض : قد تبدأ الاعراض فجأة وبشدة . فترتفع الحرارة ارتفاعا كبيرا ، ويحصل هبوط واضح فى قوى الطفل مع اسهال شديد مصحوب بدم ومخاط وزحير وهذه الظواهر تحصل غالباً فى الاصابة بباشلس شيجا .

وقد تبدأ الاعراض غير حادة وتتدرج فى الشدة · فيظهر على الطفل أولا عدم الميل للعب ، وكسل ورغبة فى النوم ، مع ارتفاع قليل في درجة الحرارة وفقدان

للشهية ، وقد يقىء مرة أو اثنتين ويسهل بضع مرات فى اليوم ويكون الاسهال حينئذ غير دسنطارى ثم يبدأ بالزحير عند التبرز ويكثر المخاط وتظهر خيوط حمراء من الدم ممزوجة بالمخاط . وتزداد الحالة شدة ويشتد الهبوط والهزال و يشكو الطفل من المغص والتعنية ويطلب الماء بكثرة .

الحمى : قد تكون مرتفعة جدا فتفوق الاربعين خصوصاً في بعض حالات دسنطاريا الشيجا كما سبق (حالات ٢١ ، ٢٤ ، ٢٥) والغالب أن تكون الحرارة متوسطة الارتفاع (من ٣٨ الى ٣٩) وقد تكون متقطعة وقد تكون قليلة الارتفاع فلا تزيد عن بضع خطوط فى دور المرض كله .

الاسهال قد يكون حادا جدا ومتكررا فيصل عدد مرات التبرز الى ٣٠ أو ٤٠ فى اليوم و يكون البراز مكوناً من كمية من المخاط ذات لون أخضر قاتم وبها خيوط من الدم غير متغير . وبفحص البراز ميكروسكوبيا نجد أنه يحتوى على مخاط وخلايا دموية بيضاء بكثرة وبقايا خلميات وكرات دموية حمراء وبعض بقايا الغذاء وقد يكون عدد مرات التبرز قليلا لايتجاوز ٥ أو ٦ مرات فى اليوم وبكمية كبيرة بلون قاتم ورائحة كريهة وبه بضع نقط من دم من آن لآخر . أما الزحير ففى بعض الحالات يكون فى غاية الشدة فيصرخ الطفل صراخا مؤلماً ويتقوس من وقت لآخر وقد يسقط المستقيم من فتحة الشرج .

واذا طال المرض واشتد وضعف الطفل فقد تبقى فتحة الشرج منفرجة يسيل منها براز من صديد ومخاط فقط .

القىء : ليس من الاعراض الظاهرة فى الدسنطاريا فقد يحصل قىء دفعة أو دفعتين فى أول المرض . وقد يحصل من آن لآخر أثناءه الا أنه فى كثير من الحالات التى تنتهى بالموت قد يشتد و يتكرر وخصوصاً التجشؤ حتى يصير مستمرا تقريباً وهذه ظاهرة خطرة دائماً وقلما يعيش الطفل بعدها طويلا

البول : — يقل ويتركز واذا ترك فى وعاء يرسب فيه كثير من املاح البولينة وقد يظهر به آثار للزلال . على أنى لم اشاهد به علامات التهاب كلوى تعقب الدسنطاريا كما هو مذكور فى كثير من الكتب .

ويكون الطفل دائم التململ يصرخ من آن لآخر من بطنه لأنها موضع الالم وتهبط قواه بسرعة . وتغور عيناه . ويفقد جلده مرونته ويجف . وتبرد أطرافه وقد تظهر بثرات أو قرح صغيرة على اللسان والغشاء المخاطي للفم .

وتحصل الوفاة من الضعف والاعياء وغالباً يسبق الوفاة حصول تشنجات . وقد يكون السبب المباشر للموت حصول مضاعفات كالالتهاب الرئوى الشعبى والتهاب السحايا .

التشخيص :—

أولا : هل الحالة حالة دسنطاريا أولية أو نزلة ثانوية فى القولون ؟

والتمييز بين هذين المرضين ليس من الصعب فى أغلب الأحيان فالنزلات القولونية الثانوية تحصل أثناء مرض معد حاد كالحصبة والالتهاب الرئوى الشعبي والحمى القرمزية والدفتريا . وغالبا تبدأ باسهال عادى اثناء شدة المرض الأصيل ثم يتدرج الأسهال الى دسنطاريا . وقد تبدأ النزلة القولونية باسهال أولى Enteretis أو عسر هضم معوى . ويتكرر مرور المواد المتخمرة وغير المهضومة على الغشاء المخاطى للقولون تسبب فيه التهابا تتبعه اعراض الدسنطاريا . وهذه النزلات القولونية الثانوية تكون غير حادة في أولها فلا تزيد مرات التبرز عن ٥ أو ٦ مرات فى اليوم .

ثانياً : هل حالة الدسنطاريا الأولية هذه من النوع الميكروبى أو نتيجة عدوى بحيوان من ذوات الخلية الواحدة ؟ والجدول الآتى يبين أهم مميزات كل : —

	الدسنطاريا الحيوانية	الدسنطاريا الميكروبية
السن	نادرة فى الاطفال الاقل من سنتين ولا تكثر الا بعد السنة الثالثة	كثيرة الانتشار فى الاطفال الاقل من سنتين وليست نادرة فى الاكبر من ذلك
الابتداء	غالباً غير حاد وعدد مرات التبرز متوسط	غالبا حاد وعدد مرات التبرز كثير
الحرارة	غير مرتفعة	غالبا مرتفعة وقد تكون مرتفعة جداً (فوق ال ٤٠°)
اعراض التسمم العامة	غير موجودة	موجودة : كالهبوط السريع والقىء احيانا والتململ وسرعة النبض . وعلى العموم يظهر على الطفل انه مريض حقاً
البراز	كميات قليلة من المخاط غير الملون معرق بدم . وبالميكروسكوب نجد خلايا من الغشاء المخاطى وكرات دموية حمراء ولا توجد كرات دموية بيضاء	كميات قليلة من المخاط القاتم اللون أو الصديد ممزوجاً بمواد برازية . وبالميكروسكوب نجد خلايا دموية بيضاء بكثرة جداً أى صديد

فاذا تعذر التمييز على وجه مُرْضٍ فيما اذا كانت الحالة دسنطاريا ميكروبية أو حيوانية فانه يحسن ان يعطى للطفل حقن الأمتين مع السيروم فى وقت واحد حتى لا يضيع الوقت على المريض

ثالثاً : هل الحالة دسنطاريا ميكروبية حقيقة أى نتيجة العدوى بميكروب

الشيجا أو الفلكسنر أو الواى المعلوم لهم سيروم مضاد أو هى حالة دسنطاريا نتيجة العدوى بميكروب آخر كالمرجان نمرة ١ أو الباراتيفويد « ب » أو خلافه ؟

انه من المستحيل التفرقة بين هذه الحالات الا بالفحص البكتريولوجى . وقد يتعذر ذلك لاسباب كثيرة . والواجب اعطاء السيروم على كل حال

رابعاً : اذا انتهينا الى تشخيص الحالة بانها دسنطاريا ميكروبية حادة يجب التأكد فقط من حالة واحدة قد تختلط على الطبيب احياناً وهى الانغماد المعوى Intussusception فان اعراضه قد تتشابه مع اعراض الدسنطاريا الحادة وفي الحقيقة قد صادفنى حالتان او ثلاث كنت مترددا فى التشخيص لبضع ساعات منها الحالة نمرة ٢٠ فى الجدول السابق وطلبت فيها استشارة جراح فى الحال مع تحضير حقن السيروم اللازمة والخطأ فى تمييز مثل هذه الحالات معناه فقد حياة الطفل وهاك جدولا يبين فقط الفرق بين الدسنطاريا الحادة والانغماد المعوى

	الدسنطاريا الميكروبية الحادة	الانغماد المعوى Intussusception
الابتداء	غالبا غير حاد. المغص ليس شديدا جدا . القيء كثيرا مايكون معدوما أو قليلا جدا ومن آن لآخر . الاسهال يسبق القيء	دائما حاد . والمغص شديد جدا . والقيء دائما موجود . ويتكرر غالبا ويسبق الاسهال
الحمى	موجودة من الاول ومرتفعة جدا في الحالات الشديدة الحادة	غير موجودة على الاقل فى الاول لحين حصول التهاب بريتونى
البراز	يتكون من المخاط والمواد البرازية وخيوط الدم	تنعدم المواد البرازية بعد الدفعة الاولى أو الثانية من الاسهال ويكون الافراز حينئذ من كميات كبيرة من الدم والمصل حتى انه فى السروال واللفة يشبه دم حيض المرأة
الهبوط	لا يكون شديدا فى أول المرض	يكون شديدا وواضحا من الاول
جس البطن	لا يشعر الطبيب بوجود شيء مثل الورم بالبطن وغالبا تكون البطن مفرطحة	يشعر الطبيب بوجود ورم اسطوانى غالبا الى الجهة اليمنى من السرة . وقد يشعر الطبيب بتقلص ذلك الورم من آن لآخر

الانذار :—

اذا استعرف على الدسنطاريا الحادة وعولجت مبكراً فالانـذار غالباً حميد . فالسيروم المضاد لها قوى المفعول وكثيراً ما يكون التحسن فى الحالات الشديدة الحادة بعد اعطاء السيروم سريعاً وظاهراً ظهوره فى مثل حالات الدفتريا

ويلاحظ أن للسن والحالة الصحية للطفل قبل الاصابة تأثيراً كبيراً على الانذار

فاذا كان الطفل قد جاوز الطفولة الاولى وكان نموه جيداً فالانذار يكون حسناً بقدر ذلك .

والعلامات الخطرة الدالة على سوء حالة الطفل والتى قد تنذر بالوفاة هى :— القىء المستمر المتواتر خصوصاً التجشؤ المستمر . والهبوط الشديد .وحصول تشنجات او مضاعفات فى الرئتين .

وعلى العموم الانذار أردأ في حالات الدسنطاريا الحادة الميكروبية غير المسببة عن باشلس الدسنطاريا المعلوم له سيرم مضاد (للشيجا ـ فلكسنر ـ والواى).وذلك مثل حالات الاصابة بالميكروب مرجان نمرة ١ او فى الحالات التى كانت نتيجة الفحص فيها سلبية والتى يرجح ان تكون مسببة عن تحول الميكروبات التى توجد عادة فى الامعاء كالاستربتوكوكس الى ميكروبات باثولوجية أى قادرة على احداث حالات مرضية . ويلاحظ من الجدول السابق انه حصل فى الـ ٣٨ حالة المذكورة به اربع وفيات منها اثنتان كانت نتيجة الفحص فيهما سلبياً . وحالة كان الميكروب المسبب للمرض هو باشلس مورجان نمرة ١ وفى حالة واحدة من عشرين حالة دسنطاريا ميكروبية حقيقية حصلت الوفاة رغم اعطاء السيروم ولو ان هذا الطفل كان فى حالة هبوط شديد عند مشاهدته لاول مرة

الوفاة في الدسنطاريا تحصل اما من تقرحات الامعاء وحصول عدوى ثانوية فى هذه القرح .أو من حصول المضاعفات غالباً التهاب رئوى شعبى . اما المضاعفات التى تشاهد فى بعض حالات الدسنطاريا فى البالغين كالالتهاب الكاوى وتقيح المفاصل فلم نرها فى الاطفال .

العلاج :—

اول ما يجب العناية به هو الراحة التامة للطفل فى الفراش وعدم وضعه على الاناء الخاص للتبرز (القصرية) بل يترك ليتبرز فى قطعة من قماش اوقطعة من قطن تحرق بعد ذلك .

يمنع الغذاء منعاً باتاً لمدة ٢٤ الى ٣٦ ساعة ويعطى الطفل كميات وافرة من الماء المغلى المبرد والليمونادة او منقوع الشاى الخفيف او الكراوية . ويلاحظ ان الطفل يحتاج الى ١٥٠ جرام من الماء لكل كيلوجرام من وزن جسمه فى الاربعة والعشرين ساعة.

ثم يبدأ بتغذيته بمنقوع البقول اولا لمدة ثلاثة ايام الى اسبوع حتى تتحسن حالة البراز كثيراً . فيبدأ باضافة الحليب المكشوط بمقادير صغيرة تزداد بالتدريج حسب الحالة

اما منقوع البقول فيحضر كالآتى :—

خذ ملعقة كبيرة من القمح وملعقة كبيرة شعيراً لؤلؤياً وملعقة كبيرة ذرة شامية ودق الجميع . ثم اضف لتر ماء واغل الجميع على نار هادئة لمدة ساعة ونصف ثم صف الجميع فى ثلاث او اربع طبقات من الشاش. واضف اليه ماء سبق غليه حتى تصير كمية السائل لتراً ثانية ثم اضف قليلا من السكر . ويعطى هذا المنقوع بالمقادير المناسبة للسن . فيعطى لطفل عمره بين سنة وسنـة ونصف مقدار كوبة متوسطة الحجم كل اربع ساعات . ولطفل اقل من ذلك فى السن مقادير مناسبة كل ثلاث ساعات . واذا كان هناك قىء يعطى الطفل الغـذاء بمقادير صغيرة على دفعات متتالية مثلا كل ساعتين او كل ساعة ونصف . ويمكن اعطاء الغذاء بارداً فى مثل هذه الحالات .

أما اللبن فيبدأ باضافته على المنقوع السابق وصـفه بعد ثلاثة أيام الى اسبوع حسب مايظهر من التحسن في الحالة . وذلك بأن يضاف الى كل مقدار من المنقوع ملعقة كبيرة من حليب مكشوط وتزاد كمية الحليب بالتدريج

ويمكن تنويع الغذاء قليلا بعد حصول التحسين فى الحالة بوصف المهلبية المصنوعة من الارز المدقوق والماء والسكر ٠ أو البالوظة المصنوعة من الجلاتين مع عصير الفواكه بالطريقة المعلومة . ثم يوالى التدرج في التغذية باعطاء لبابة

العيش الفينو مع الغذاء السابق · ثم الارز المسلوق جيدا وشوربة الخضار المصفاة والبطاطس المسلوق وخلافه

ويلاحظ أن اللبن الزبادى على العموم لايوافق حالات الدسنطاريا فى الاطفال .

أما اذا كان الطفل رضيعاً من ثدى والدته فانه بعد منع الرضاعة عنه لمدة ٢٤ ساعة الى ٣٦ ساعة واستبدالها بالغذاء المائى تستأنف الرضاعة من الثدى بمقادير صغيرة ويتدرج فى زيادتها بحسب التحسن الظاهر فى الحالة . مثلا : يعطي الطفل الثدى مرة كل ٤ ساعات ولمدة ٣ دقائق فقط فى اليومين الاولين . ثم كل ٤ ساعات ٥ دقائق . ثم ٧ دقائق وهكذا .

السيروم فى الدسنطاريا الميكروبية : —

هو الدواء الوحيد الخاص والمضاد لها ولا ينبغى اعطاؤه فى الحالات التى يثبت أنها من حالات الدسنطاريا الحقيقية بالفحص البكتريولوجى فقط بل ويجب اعطاؤه فى كل حالة يحتمل أن تكون أو يشتبه فيها . ومن رأيى أنه ينبغي الاهتمام بمثل هذه الحالات كالاهتمام بحالات الدفتريا المشتبه فيها .

ويجب أن نتذكر دائماً أن فى الاطفال الذين يقل عمرهم عن السنتين فى كل تسع حالات من عشرة تكون الدسنطاريا ميكروبية وفى أكثر من نصف هذا العدد تكون الحالة دسنطاريا ميكروبية حقيقية أى المعلوم لها سيروم مضاد . أما اذا استعصى التمييز بوجه قاطع أو على الاقل الترجيح فيما اذا كانت الحالة ميكروبية أو أميبية فالاوفق حينئذ اعطاء السيروم مع قليل من الأمتين دفعة واحدة ويكرر ذلك عند اللزوم .

يعطى السيروم حينئذ فى كل حالة مشتبه فيها . ويجب اعطاؤه بكميات كافية . وأن يكرر الحقن به كل بضعة أيام اذا لزم الحال . وعلى العموم فانها تكفى حقنة واحدة من ١٠ الى ٢٠ سم على أن تعاد بعد ثلاثة أو اربعة أيام .

أما الخوف من حصول زيادة الحاسة من السيروم حتى اذا كان الطفل قد قدسبق أن حقن بالسيروم فهو خوف نظرى فقط . ويسهل الاحتياط لمنع حصوله زيادة الحاسة بالطرق المعلومة والتى سبق أن شرحتها فى نبـذة صغيرة عن علاج الدفتريا نشرت فى المجلة الطبية . ويلاحظ أن التأخير فى اعطاء السيروم يسبب ابتداء التقرح فى الامعاء مما قد ينتج عنه الوفاة رغم انتهاء حالة الدسنطاريا نفسها :

العقاقير والادوية فى الدسنطاريا :

الدواء الوحيد الذى يفيد حالات الدسنطاريا فى الاطفال (خلاف السيروم) هو سلفات الصودا وتعطى بالمقدار الآتى بالنسبة للسن

حوالى السنة	من العمر	١،٥٠	جم فى ٢٤ ساعة
« سنتين	« «	٢،٥٠	« « « «
« ثلاث سنوات	« «	٤،٠٠	« « « «

ويحسن اعطاء هذا المقدار مقسما إلى ١٠ أجزاء كل ساعتين فاذا اذيبت سلفات الصودا فى مزيج بهستة أضعافها من شراب الشليك امكن تغطية طعمها الي حد ما كالآتى : — مثلا : لطفل عمره ١٣ شهراً

خذ . سلفات الصودا	٠ و ١٥	لمقدار واحد
شراب شليك	١ و ٠٠	
(Framboise)		
ماء ينسون لغاية	٣ و ٥٠٠	يعمل ٣٠ مقداراً

ملعقة شاى كل ساعتين .

ويعطى هذا المزيج كل ساعتين حتى تتحسن الأعراض كثيراً فينقطع الزحير وينقطع الدم من البراز و يقل المخاط وذلك فى مدة مابين ٣ أيام الي اسبوع مثلا ثم

يوقف إعطاء سلفات الصودا بالتدريج كأن يعطي المزيج لمدة يوم آخر كل ٤ ساعات ثم يكتفى بان يعطى منه ثلاثة أو اربعة مقادير مرة واحدة كل صباح . مثلا ملعقة شوربة أو ملعقتان فى الصباح .

وفى دور النقاهة اذا حصل امساك وكان البراز محتويا على كميات من المخاط فان اعطاء مقدار من مستحلب زيت خروع وزيت لوز حلو كل صباح لبضعة أيام يفيد كثيراً .

فاذا خلا البراز من المواد المخاطية وانقطع الدم وهبطت الحرارة وانقطع الزحير وبقى مع ذلك اسهال عادى فيحسن حينئذ اعطاء العقاقير القابضة خصوصاً ماكان مفعوله فى الأمعاء الغليظة وأحسنها التانالبين (بمقدار ١٠ر٠ ثلاثة يوميا لطفل عمره سنة)

وتنات الجلاتين Tannate of Gelatine أو الجيلوتنين (٢٥ ر ٠ ثلاثة يوميا لطفل عمره سنة) وفى هذه الحالات أيضا يمكن أعطاء مركبات الافيون خصوصاً مسحوق دوفر .

اما البزموت فينبغى الا يعطى فى أول المرض ولا فى أثناء شدته أى طالما كان هناك زحير فاذا كانت الأعراض المرضية قد تحسنت فيمكن اعطاؤه كقابض . على ان العقاقير السابق وصفها لذلك أفضل من البزموت بكثير .

أما الزئبق الحلو (وجميع مركبات الزئبق) فضرره مرجح في حالات الدسنطاريا ولا يخفى ان بعضه يمتص من الامعاء الدقيقة ليفرز فى الامعاء الغليظة وهى مركز الالتهاب فيزيده (قارن ذلك بما يحدث من التسمم الزئبقى)

أما ما يسمى غسيل القولون بواسطة الحقن الشرجيه فينبغى تجنبه فى المرض . فاذا تحسنت الاعراض وبقى منها شىء وطال دور النقـاهة ففى هذه الحالة يمكن غسل القولون بمحلول ماء الاوكسجين المخفف ١ فى ٥ بماء عادى بواسطة قسطرة مرنه مثبت في آخرها قمع من زجاج على ارتفاع قليل (نحو نصف متر) . فيصب

فيه المحلول دافئا بمقدار $\frac{1}{2}$ الي $\frac{3}{4}$ لتر ثم تخرج القسطرة ليطرد القولون السائل ويعاد ذلك دفعتين أو ثلاثة مرة واحدة كل يوم لبضع أيام فقط . ويجب عمل هذا الغسيل برفق وتأنٍّ وفقط في الحالات التى تكون فيها الاعراض تحت الحادة قد طالت كأن يبقى بضع خطوط من الحرارة مدة طويلة مع اسهال خفيف من ٣ الى ٤ مرات ويكون البراز بكميات كبيره وذا رائحة كريهة .

علاج بعض الأعراض : —

التعنية والمغص الشديد : يعالج بوضع المكمدات الساخنة على البطن (كمغلى البابونج مثلا) ويمكن أضافة قليل من روح الكلوروفورم وصبغة البلادونا الى مزيج سلفات الصودا السابق وصفه .

ارتفاع الحرارة : تعالج بالمكمدات الباردة على الرأس وتدليك الجسم بالكالونيا والمكمدات الفاترة على البطن اذا لم يكن المغص شديداً جداً فينبغى حينئذ ان تكون المكمدات ساخنة على البطن . واذا كانت الحرارة مرتفعة جداً ومصحوبة بتهيجات عصبية فالاوفق وضع كيس ثلج على الرأس وعمل الحمامات الفاترة (على درجة ٣٥ الى ٣٧ سنتيجرادية) للطفل مرتين أو أكثر فى اليوم .

القيء المستمر : من الاعراض التى يصعب جدا علاجها . على أنه لحسن الحظ ليس بكثير الحصول فى الدسنطاريا . وعلاجه اعطاء كل الاغذية مبردة وبمقادير قليلة متواصلة كل ساعتين أو ساعة مثلا . فاذا لم يكف ذلك لمنع القيء يمكن وصف جرعة رفيير المشهورة واضافة المقدار اللازم من سلفات الصودا اليها كالآتى :

خذ

سلفات صودا		٢و٠٠	ملعقة شاى من كل زجاجة كل ساعتين (لطفل عمره نحو سنة)
شراب		٢٥و٠٠	
جرعة رفيير (ا)	لغاية	١٠٠و٠٠	
سلفات صودا		٢و٠٠	
شراب		٢٥و٠٠	
جرعة رفيير (ب)	لغاية	١٠٠و٠٠	

الهبوط : يشاهد حصوله واشتداده بسرعة زائدة فى بعض حالات الدسنطاريا الحادة . ويعالج حسب درجته من الشدة ويمكن اعطاء المنبهات الخفيفة أولا كجرعة طود مضافة إلى مزيج سلفات الصودا فاذا كان الهبوط شديداً وخصوصاً اذا كان الاسهال مفرطا يحسن اعطاء محلول ملح طبيعى بالحقن تحت الجلد . أو محلول الجلوكوز (٥ فى المائة) بمقادير لا تقل عن ١٠٠ جم فى اليوم . كذلك تعطى المنبهات بطريق الحقن تحت الجلد مثل الكافور والادرينالين .

أعراض عصبية : يصحب الدسنطاريا فى الاطفال بعض الاعراض العصبية كالتململ المستمر وعدم النوم والبكاء الكثير من المغص والتعنى . وهذه فى ذاتها لا تحتاج الى علاج خاص الا اذا اشتدت كثيرا وكان يخشى من استمرارها وعدم نوم الطفل عدة ليالى متواترة ففى هذه الحالات يمكن اعطاؤه جرعة من بروموور الكاسيوم فى الماء . مثلا ٦ قمحات فى جرعة لطفل عمره سنة . فاذا كانت الحرارة مرتفعة كثيراً فيحسن وضع كيس ثلج على الرأس . واذا حصلت تشنجات فتعطى جرعة بروموور الكاسيوم بمقادير أقل ومتتالية (كل ساعة مثلا)

الاسهال الشديد : هو نوع من الاسهال ضرورى لتغلب الجسم على المرض فينبغى ألا يوقف الا اذا كان مفرطا جدا مثلا (فوق الثلاثين مرة فى اليوم) فيمكن تهدئته بعمل حقنة شرجية بمحلول النشا (ملعقة شاى فى ٢٠٠ جم ماء دافئ)

هبوط المستقيم : يمكن منع حصوله فى أغلب الأحيان بعدم وضع الطفل على القصرية كما سبقت الاشارة الى ذلك فاذا حصل بالرغم من ذلك فيعالج الهبوط بأن يغسل الجزء الهابط من الغشاء المخاطى بالماء البارد ثم يدهن بمقدار قليل جداً من مرهم العفص والافيون ويرد الى داخل الشرج بالضغط عليه بخفة بالاصابع .

انحباس البول : يكون فى الغالب ظاهريا فقط فيشح البول من كثرة الافرازات المعوية . على أن البول قد ينحبس فعلا من تأثر الكلى بتسكين الميكروبات المسببة للمرض . وفى هذه الحالة يعالج الانحباس (زيادة عن العلاج

المضاد للمرض والسابق وصفه) بحقن الجلوكوز تحت الجلد واعطاء محلول الجلوكوز من الفم .

الدسنطاريا الأميبية

Amœbic Dysentry

ليست كثيرة الانتشار فى الأطفال كالدسنطاريا الميكروبية وهى كما سبقت الأشارة الى ذلك نادرة فى الأطفال الأقل من سنتين ولا تكثر الا بعد السنة الثالثة

أعراضها : تبدأ عادة باعراض التهاب الغشاء المخاطى للقولون أى الأسهال المصحوب بالدم والمخاط والزحير دون ان يسبق ذلك أعراض حمية والغالب أيضاً ان لايصحب المرض أعراض عموميه مثل حالات الدسنطاريا الميكروبيه فلا ترتفع الحرارة ولا تشعر حالة الطفل بانه مريض فكثيراً مايكون مباشراً لألعابه طروبا كعادته شهيته للأكل غير مفقودة الخ والغالب ان لاتكون الأعراض المعوية نفسها حادة أيضاً فلا يكون التبرز أكثر من خمس الى عشر مرات فى اليوم ويكون البراز عادة مكونا من قطع مخاطية غير ملونة ممزوجة بخيوط من الدم

التشخيص : ظاهر من الاعراض السابق وصفها وقد سبق شرح كيفية التمييز بينها وبين الدسنطاريا الميكروبية

الانذار دائما جيد اذا عولجت بالأمتين وقلما تنتج الدسنطاريا الأميبية فى الأطفال النوع المزمن المستعصى على الشفاء المشاهد فى البالغين

العلاج كالسابق وصفه بالنسبة لعلاج الدسنطاريا الميكروبيه مع استبدال السيروم بحقن الأمتين Emetine بالمقادير الآتية (حقن تحت الجلد)

لطفل عمره سنه أو سنتان	١ . ٠	فى اليوم
« « سنتان الى ست سنوات	٢ . ٠	« «

لطفل عمره ست سنوات فما فوق ٣ . ٠ في اليوم

ويحقن الأمتين يوميا لستة أيام ويمكن أعادة الحقن بعد ستة أيام أخرى اذا وجدت الأميبا في البراز

فاذا استعصى إعدام الأميبا بالأمتين بطريق الحقن تحت الجلد كالحاله نمرة ١٠ يعطى مركب يودور البزموت والأمتين في حبوب مكسوة بالكيراتين Keratin طبعاً للأطفال التي يمكنها بلع هذه الحبوب عادة والذين فوق سبع السنوات وقد نجحت هذه الطريقة في شفاء الحالة نمرة ١٠ المذكورة

أما في الاطفال الذين لا يمكنهم بلع هذه الحبوب فيمكن اعطاء أقراص الستوفارسول Stovarsol بالمقادير المناسبة للسن بان يدق القرص المحتوى على ٢٥ ٪ منه ويصحن مع مقدار من السكر ويقسم الى جملة مقادير حسب السن مثلا لطفل عمره سنة يعطى ٠١ و . جرام ثلاثة مرات يومياً ولسنتين ٠٢ و . وهكذا

الدسنطاريا اللمبلية
Lamblial Dysentry

لم تذكر الـكتب الطبية كثيرا عن اصابة الاطفال باللمبليا وهى حيوان ذو خلية واحدة يشبه الانفوسريا Lamblial Dysentry حتى أن الـكتب المطولة فى طب المنطقة الحارة ككتاب كستلانى لم تنشر عن المرض الذى قد يتسبب عن الاصابة بهذا الحيوان سوى اليسير كقول كستلانى أنه يعتقد ان اللمبليا قد تسبب الاسهال أحيانا

الاعراض : الاصابة باللمبليا تحدث فى الغالب اسهالا بسيطا و يتكرر من آن لآخر بغير ما سبب ظاهر ولا يكون الاسهال شديدا ولا يصحبه اعراض عمومية مثل ارتفاع الحرارة أو فقدان شهية الاكل الخ ثم تظهر أعراض دسنطاريا من آن لآخر والغالب أن تعالج هذه الاعراض الاخيرة على أنها دسنطاريا أميبية بحقن الامتين فتتحسن أو تشفى على أن تعود بالتالي وتتكرر

التشخيص : أعراض الدسنطاريا التي تنتج عن الاصابة باللمبليا تشبه كثيرا اعراض الدسنطاريا الاميبية (راجع ماسبق) ولتمييز العدوى باللمبليا من العدوى بالاميبا يلزم عمل فحص ميكرسكوبى للبراز بمعرفة أخصائى كفء

ومن الاعراض التى تجعل الطبيب يشتبه فى أن الاصابة هى باللمبليا

أولا تاريخ المرض بالنسبة لتكرار حصول اسهال بسيط من آن إلى آخر غير مصحوب بأعراض حمية عمومية

ثانياً في كثير من الاحيان تكون اعراض التهاب الغشاء المخاطى للقولون بسيطة وغير واضحة فيكون الزحير والدم فى البراز قليلا وهذا ليس بمستغرب اذا لاحظنا أن اللمبليا تقطن فى الغالب فى الجزء الاخير من المعى الدقاق فيكون البراز سائلا وبه قليل من المخاط والدم وليس كالبراز المعلوم فى حالات الدسنطاريا الاميبيـة

الأنذار دائما حميد

العلاج لم يكن يعلم للمبليا علاج ناجع وكانت حالات الدسنطاريا الناتجة عنها تعالج بالعقاقير والعلاجات العادية حتى فكرت أنا والدكتور خليل عبد الخالق في أعطاء رابع كلورور الكربون لأول حالة شاهدناها منذ أربع سنوات تقريبا فنجح فيها نجاحا باهراً و نشرنا وصفاً لحالتين من هذه الحالات شفيتا بجرعة واحدة من هذا الدواء في مجلة طب المنطقة الحارة بلندن ثم عالجت جميع حالات اللمبليا برابع كلورور الكربون وكان النجاح دائما تاما ويعطى رابع كلورور الكربون جرعة واحدة فى الصباح قبل الأكل على ملعقة ماء وبعده بساعتين تعطى شربة ملحية ولا يعطى الزيت وهاك مقادير رابع كلورور الكربون الواجب أعطاؤها

طفل عمره سنة أو سنتان ٢٠ نقطة (عشرون نقطة) مرة واحدة

من سنتين الى ست سنوات من ٢٠ الى ٤٠ نقطة

وكان المشاهد ان اللمبليا ينقطع ظهورها فى البراز من اليوم الثانى مباشرة ولا تعود تظهر مطلقاً

ويمكن أعطاء القوابض اذا بقى شىء من الأسهال بعد تطهير الأمعاء من اللمبليا

النزلات المعدية المعوية الحادة

وعلاجها

الدكتور حافظ بك عفيفى

موضوع طويل كثير التشعب . كتبت فيه الكتب المطولة واختلفت فيه آراء الكثيرين من ثقات العلماء لذلك نحن لا نطمع عند الكتابة فى هذا الموضوع أن نلم بأطرافه فلهذه المجلة حدود كما ان الكتب الدراسية ملأى بالتفاصيل ولكننا أردنا أن نلخص نقطا أساسية محدودة لا يجدها القارئ فى الكتب الدراسية الا غارقة فى بحر من التفصيلات والخلافات العلمية كما أردنا بنوع خاص أن نبين بايجاز من طرق العلاج ماثبتت بالتجربة فائدته لذلك سنتحاشى عن ذكر تاريخ المرض والتغييرات المرضية التى تصيب الجهاز الهضمى فيه ولا نمر على أسبابه وأعراضه وأنواعه الا مراعا

يشمل هذا البحث جميع الاضطرابات الهضمية التى كثيرا ما تصيب الطفل الرضيع . وأظهر أمراض هذه الاضطرابات هى القئ والاسهال وهى أمراض ترجع الى أسباب كثيرة كما تأخذ أشكالا اكلينيكية عديدة تكون مصحوبة باصابات مختلفة فى أغشية القناة الهضمية ومهما اختلف العلماء فى كثير من أسباب هذه الاضطرابات وفى تعليلها تعليلا علميا ثابتا فانهم متفقون على مبادئ أساسية كانت هى نقطة الارتكاز فى تقرير العلاج الذى أصبح ناجعا فى كثير من الحالات

وقد كان الخلاف عظيما بين أطباء الأطفال فى تقسيم هذه الأمراض المختلفة وتحديد أنواعها ولسنا نريد أن ندخل في تفاصيل هذه الاختلافات التى أصبحت الآن من تاريخ طب الأطفال ونكتفى بان نذكر التقسيم المعقول الذى اختاره

هوتنل وارتضاه أغلب الأطباء فهو يقسم الاصابات المعدية المعوية فى الطفل أولا الى قسمين أساسيين (١) الاصابات الحادة (٢) الاصابات تحت الحادة أو المزمنة وهى سلسلة متصل بعضها ببعض فكثيرا ما تنتهى الفصيلة الأولى بالثانية

أما الاصابات الحادة وهى موضوع كلامنا فتشمل الأنواع الآتية من الاصابات مقسمة بحسب الأشكال الاكلينيكية

(١) الشكل البسيط غير الحمى

وهو يمتاز بعدم وجود الحمى و بظهور أعراض عسر الهضم Dyspepsia

(٢) الشكل الحمى

وهو يمتاز بظهور أعراض التسمم المعوى وبارتفاع الحرارة

(٣) الشكل الكوليرى

و يمتاز بانخفاض الحرارة و باعراض التسمم المعوى الشديد

(٤) الشكل الشبيه بالدسنطارى

و يمتاز باعراض التهاب الامعاء الغليظة ولا نتكلم عن هذا النوع الاخير فانه خارج عن الموضوع الذى نحن بصدده الآن

(١) الشكل البسيط غير الحمى

طفل كان بالامس سليما يرضع جيداً وينمو نمواً طبيعياً يتبرز مرة أو مرتين فى اليوم برازاً عاديا يصبح يوماً فاذا هو قد فقد شهوته. يرضع ولكنه يقئ جزءا مما يرضعه و يتحول برازه الذى كان طبيعياً بالامس الى براز غير متماسك بلون طفلى او مائل الى البياض. نومه متقطع يئن ويبكي احياناً فى فترات من الزمن

يستمر الطفل على هذه الحالة يوماً أو يومين وأحياناً اكثر ثم يصاب بالاسهال واحياناً كثيرة بالاسهال والقئ معاً

يتبرز الطفل ثلاث أو اربع أو خمس مرات وأحياناً اكثر من ذلك برازاً رخواً غير متماسك كما قدمنا طفلى اللون فى الاطفال الذين يرضعون من أمهاتهم

ومائلا الي البياض فى الذين يرضعون رضاعة صناعية وقد ينتهي لون البراز بعد قليل من الزمن الى اللون الاخضر فى الحالتين

وتحتوى المواد البرازية غالباً على حبيبات صغيرة بيضاء ورائحتها عادة كريهة وحامضة

ينتفخ بطن الطفل قليلا ولكنه لا يألم بالجس وتحمر الاليتان قليلا من تأثير الاسهال كما تظهر احياناً بعض لطخ حمراء على الوجه أو اليدين

لا ترتفع حرارة الطفل عادة ولكنها ترتفع قليلا فى بعض الحالات الى ٣٨ ولكنها لاتستمر مرتفعة الا مدة قصيرة ومع عدم ارتفاع حرارة الطفل فانه يكون متهيجاً كثير البكاء قليل النوم وبعد مدة قصيرة على هذه الحالة يصير لون الطفل باهتاً وأعضاؤه رخوة ويقل وزنه

(٢) الشكل الحمى

يبدأ هذا النوع من النزلات المعدية المعوية إما نتيجة للنوع السابق و إما قائماً بذاته وهو فى الحالتين يبدأ هجومه بارتفاع فى الحرارة ٣٩ أو ٤٠ وبقيء واسهال شديدين وقد لا يوجد عارض القيئ وقد يقيء الطفل فى بدايته مرة أو مرتين ليطرد محتويات معدته ثم ينقطع القيء

ويبدأ الاسهال بمواد نصف رخوة كريهة الرائحة تحتوى على بقايا اغذية غير مهضومة ثم يتحول الى سائل مصلى يحتوى على قطع بيضاء اوخضراء لاتزيد مرات الاسهال عن ٥ او ٦ مرات فى اليوم وعلى ذلك فقد لاتزيد اعراض القيء والاسهال عن الشكل الاول غير الحمى ولكى يمتاز هذا النوع الثانى بظهور علامات مرضية عامةفالحرارة تبقى دائما بين ٣٩ و ٤٠ ولا تنخفض الا قليلا ولمدة قصيرة ويكون الطفل شديد التهيج كثير الارق فى اول الامر ثم يدخل فى حالة غيبوبة تشبه الغيبوبة التيفوديه

ينتفخ البطن ويصير مؤلما عند الجس ويقل البول

وقد يصاب الطفل بمضاعفات سحائية Meningisme تشبه الالتهاب السحائى وتختلف عنه بانها تزول بزوال الالتهاب المعوى وبانخفاض الحرارة

(٣) النوع الكوليرى

يبدأ إما نتيجة للنوع الثانى واما نوعا مستقلا وهو يشبه فى بدايته النوع الثانى تماما ولكنه يمتاز بكثرة مرات الاسهال التى قد تصل من ١٠ الى ١٥ الى عشرين مرة وقد تزيد عن ذلك فى بعض الاحيان وتبدأ المواد البرازية نصف رخوة ، فيها بقايا غذائية ثم تصير سائلة خضراء ثم تنتهى مصلية لالون لها

ينتفخ البطن اولا بتكوين الغازات ثم يتعجن و ينكمش. تظهر بشكل واضح الأعراض العصبية فيزيد تهيج الطفل و يكثر بكاؤه ويحرك دائما رأسه وأعضاءه ويصاب عادة بالتشنجات . تبدأ الحرارة طبيعية او تزيد قليلا عن الطبيعية (٣٨) ولكن بتقدم سير المرض وظهور اعراض التسمم تتغير الحالة ويدخل في دور المرض النهائى فتنخفض الحرارة الى ٣٦ اواقل و تغور العينان وتتمدد الحدقتان وتقل حركة الاجفان ويزرق الوجه والاطراف و يصير لون الجلد رصاصيا باهتا و يقل وزن الطفل بشكل واضح و يصير التنفس سطحيا وسريعا وغير منتظم ويضعف القلب ويقل البول وينتهى الطفل بالغيبوبة الكاملة ومدة المرض عادة قصيرة فهى عادة بين ٣ و ٥ أيام

(٤) علاج النزلات المعدية المعوية

يمكن ان تلخص اسباب الاضطرابات المعدية المعوية عند الطفل فيما يلى

(١) دخول ميكروبات مرضية أو مواد مؤذية فى القناة الهضميه

(٢) قلة العناية بمسألة التغذية باعطاء الاغذية فى غير المواعيد المقررة لها أو اعطاء الطفل أغذية غير ملائمة أو غير نظيفة

(٣) هناك بعض حالات قليلة هى عدم قابلية بعض الاطفال لهضم بعض أغذية معينة anaphylaxie alimentaire

وبناء على هذه الاسباب العامة يجب ان يرمى العلاج الى الأغراض الآتية:

(١) تنظيف الجهاز الهضمى من محتوياته المضرة ومنع تولد الميكروبات التى تكون هذه المواد

(٢) منع اعطاء الطفل الأغذية التى تساعد على نمو هذه الميكروبات وما تولده من المواد الضارة

(٣) مكافحة الاعراض المرضية العامة والموضعية ولذلك يجب ان نبحث

اولا — فى النظام العام للعلاج

ثانيا — علاج الحالات الا كلينيكية المختلفة

(١) العلاج العام

علاج النزلات المعدية المعوية يستلزم اربعة اركان مختلفة

ا الاول هو العلاج الاولى الذى يرمى الى مكافحة الاعراض الحادة الاولية

ب الثانى هو اعادة التغذية

ج الثالث الادوية

د الرابع العلاج الصحى العام

الركن الاول العلاج الاولى

ويشمل هذا العلاج مايأتى :

اولا يمنع الطفل منعا باتا من تناول الغذاء ويعطى غذاء مائيا فقط

ثانيا ينظف الجهاز الهضمى باسرع الوسائل من محتوياته إما بغسل المعدة وإما بغسل الأمعاء أو بالحقن الشرجية أو بالمسهلات أو الملينات ثم اعطاء المطهرات المعوية

ثالثا : العناية بحالة الطفل العامة ومقاومة أعراض الضعف فيه

* * *

أولا : الغذاء المائى الذى يعطى للطفل هو إما الماء العادى المبرد أو ماء افيان وتعطى هذه المياه باردة وأحيانا مثلوجة اذا كان الطفل كثير القىء وفاترة اذا كان

الطفل ضعيفاً وقد يعطى أحيانا الماء المحلى ولو ان بعض الأطباء ينسب الى السكر كثيراً من أحوال التسمم كما ينسبون اليه ارتفاع الحرارة الناشـئة عن تخمره فى أحوال الاسهالات الحمضية ويمكن أعطاء السكر العادى أو المالتوز ويمكن استعمال سكر سوخسلت وهو مزيج من الدكسترين والملتوز

ويمكن استعمال المياه القلوية كمياه فيشى أو مياه فالس أو محلول بيكربونات صودا (بنسبة ٥ فى الالف) أما المحلول الملحى (ملح طعام بنسبة ٥ فى الألف) فهو مفيد فى حفظ وزن الجسم ولـكن لا يخلو من عيوب فانه يؤثر أحيانا فى الكلى ويسبب الارتشاحات œdemes وقيل أنه يسبب حمى (سموها حمى الملح)ولكن لم يثبت ذلك للآن بالدليل

وفى كل الأحوال يجب ان يعطى الطفل الـكمية من السوائل الـكافية لسنه ووزنه ويجب ان لاتقل هذه الـكمية عن كمية اللبن المناسب لهذه السن

ويجب ان لا يستمر الغذاء المائى مدة طويلة فهو يعطى عادة لمدة ٢٤ أو ٤٨ ساعة ويجب ان لاتزيد المدة فى أغلب الاحيان عن ثلاثة أو اربعة أيام ويجب ان تقل مدته كثيراً فى الأطفال الحديثى الولادة وفى الاطفال الضعاف

ثانيا : غسل المعدة

يلجأ لهذا الغسل فى أحوال القىء المتكرر وفائدة هذا الغسـل مشكوك فيها فهو مضعف للطفل لذلك فهو ممنوع فى الأطفال الضعاف لأنه قد يسبب لهم اغماء

غسل الامعاء

مشكوك فى فائدة هذا الغسل ايضاً فقد يحدث فى الأطفال الضعاف تمددا فى الامعاء كما يحدث عند العصبيين منهم آلاما شديدة وهذا الغسل ممنوع بتاتا في أحوال الاسهالات الشبيهة بالـكوليرا لأنه قد يحدث هبوطا وتشنجات اما فيما عدا ذلك فيمكن تجربته ويعمل الغسل بالماء المغلي الدافىء العادى أو المضاف

اليه قليل من ملح الطعام والكمية اللازمة تختلف بين ٢٠٠ و ٣٠٠ جرام بحسب سن الطفل

المسهلات

وظيفتها تنظيف الجهاز الهضمى وتقليل ميكروباته ويجب ان يلجأ الطبيب الى المسهلات الخفيفة وان لايعطى منها إلا مقادير صغيرة وقد كان استعمال المسهلات فى هذه الحالات محل مناقشة بين الأطباء فبينما يعتبرها الأستاذ مارفان خطرة ومضرة فاذا بغيره ممن ليسوا أقل خبرة منه كهوتنل ينصح باستعمالها خصوصا فى الأحوال المصحوبة بحمى والواقع انه لاتوجد قاعدة ثابتة يرجع اليها فالمسألة خاصة بتقدير الطبيب وبكل حالة والمعتاد انه يلجأ اليها فى أحوال الاسهالات الخفيفة المصحوبة بالحمى وأحوال الأسهال المخاطى والاسهالات الشديدة وخصوصا فى النوع الكوليرى منها

والمسهلات كثيرة . فالزئبق الحلو وهو أكثرها استعمالا يجب ان لايستعمل الا باحتياط كبير فهو ممنوع فى الاسهالات المخاطية الناشئة عن التهاب الأمعاء الغليظة ويجب اعطاؤه بمقادير مقسمة فيمكن اعطاء مقادير نصف سنتى ٠٠٥ر٠ كل نصف ساعة أو سنتى كل ساعتين حتى يستكمل المقدار اللازم للطفل وهو عادة لايزيد عن ٠٠٥ر٠ فى الأطفال الصغار و ٢٠ر٠ فى الأطفال الكبار

اماسلفات صودا فهى مفيدة فى احوال الاسهالات المخاطية الشبيهة بالدسنطاريا التى تصيب الاطفال دائما فى سن الفطام ويمكن اعطاؤها بمقدار يتفاوت بين جرام وثلاثة فى اليوم

اما زيت الخروع فهو كثير الاستعمال ويعطى منه من جرامين الى خمسة بحسب السن

كذلك تستعمل المانيزيا او سكر المن وهى ملينات خفيفه وتناسب اغلب الحالات وفى اغلب الاحيان تستعمل هذه المسهلات مع استعمال المطهرات المعوية

واختيار المطهر اللازم يختلف باختلاف انواع الاسهالات فاذا كانت المواد البرازية قلوية وعفنة فاستعمال حامض اللبنيك يفيد فى احوال كثيرة ولكنه لا يفيد الا فى الوقت الذى يستعمل فيه الغذاء المائى ويمكن استعمال التذكرة الآتية :

حامض لبنيك	١ جرام
شراب زهرة البرتقال	٤٠ جرام
ماء	١٦٠ جرام

يعطى ملعقة كبيرة كل ساعة او كل ساعتين اما سترات الصودا فانها ليست فقط مانعة من القيء ولكنها قابضة ومطهرة وهى تفيد فى احوال الاسهالات البسيطة ويمكن ان يعطى منها ملعقة قهوة قبل كل رضعة من الجرعة الآتية :

سترات صودا	٥ جرام
شراب الصمغ	١٠٠ جرام
ماء	١٥٠ جرام

اما حامض الكلوريدريك فيعطى ايضا فى هذه الاحوال ويستعمل منه الليموناده التى تحتوى على واحد فى المائة من هذا الحامض

اما الخمائر اللبنيـة كاللكتوباسيلين واللكتيول فتفيد فى احوال الاسهالات الكثيرة العفونة فاذا كانت مواد الاسهال حامضية وقليلة الرائحة فماء الجير والمساحيق القلوية تفيد فى هذه الاحوال

اما الماء الجيرى فهو دواء مفيد و يعطى منه ملعقة صغيرة قبل كل رضعة ويمكن ان يضاف اليه قليل من الشراب اذا كرهه الطفل كما يمكن ان يضاف اليه قليل من شراب دياكود اذا كان يصيب الطفل مغص اما المساحيق القلوية فتفيد فى بعض الاحيان و يعطى منها قبل كل رضعة ورقة من المسحوق الآتى :

فوسفات الجير } من ٠٫٠٥ الى ٠٫٢٠
كربونات الجير }

ويمكن ان يضاف الى هذا التركيب بيكربونات الصودا اوالبنزونفتول لتطهير الامعاء

القوابض

تستعمل هذه القوابض متى استمر الاسهال مدة طويلة رغم هبوط الحرارة ويستعمل منهـا البزموت (الساليسلات أو تحت النترات او الكربونات) بمقدار ٠٫٥٠ الى جرام مقسمة على مقادير متعددة

وكذلك يعطى التانجين بالمقدار عينه وتعطى تنات الجلاتين بمقدار جرام فى اليوم كما يعطى شراب الراتانيا وتعطى خلاصة الساليكير السائلة Extr. fl. de salicaire وهذه تعطى فى جرعة بمقدار ٠٫٢٥ مقسمة على مقادير لمدة ٢٤ ساعة واخيراً ينصح كثيرون من الاطباء باستعمال سلفات الهوردنين sulf. hordenine ولم تجرب للآن التجربة الكافية

امامركبات الافيون فيحسن فى أغلب الاحوال عدم استعمالها وهى واجبة المنع فى جميع الاطفال الضعاف القلب المصابين بالاسهال الشديد واخفها تأثيرا هو شراب دياكود الذى يعطى بمقادير لا تزيد عن ٥ جرامات فى الاربعة والعشرين ساعة واكسير باريجوريك الذى يعطى للاطفال الذين يزيد عمرهم عن ستة شهور بمقدار ٢٠ نقطة فى اليوم وهى تستعمل عادة فى الحالات المصحوبة بالمغص الشديد واحسنها شراب دياكود

ثالثاً — العناية بحالة الطفل العامة

للوصول الى هذا الغرض يجب مقاومة الاعراض المرضية العامة فيستعمل لهذا الغرض الحقن بالماء الملحى العادى أو بماء البحر أو بالمصل الجلوكوزى الذى يفيد في تعويض خسارة الجسم من الماء ويمكن استعماله بحقن شرجية نقطة نقطة ولكن هذه الطريقة لا تفيد الفائدة كلها فهى احياناً تضعف الطفل خصوصاً اذا كان صغيراً ولكنها تفيد فى احوال كوليرا الاطفال فتعمل للطفل فى هذه الاحوال حقنة ثلاث مرات فى اليوم كميتها ١٠٠ جرام فى المرة الواحدة. تحقن هذه الكمية فى الشرج

نقطة نقطة كما قدمنا حتى تستغرق نحو نصف ساعة فاذا انحطت قوى الطفل بهذه الحقن تعمل له الحقن تحت الجلدية المنبهة بالايتير أو زيت الكافور والحمامات أو اللفائف الساخنة

ويمكن استعمال هذه الحمامات ايضاً لمعالجة الحمى ويجب لهذا الغرض استعمال الحمامات أو اللفائف الساخنة أو الفاترة اما الحمامات الباردة فضارة فى هذه الاحوال

اما الادوية المخفضة للحرارة فيحسن عدم استعمالها فى اغلب الاحيان ويمكن الالتجاء فى احوال قليلة الى الكينين او الانالچيزين فاذا حصلت للطفل مضاعفات عصبية يمكن استعمال برومور الصوديوم او الكالسيوم

الركن الثانى

اعادة التغذية

اساس العلاج الاول هو منع الغذاء وقد قلنا ان مدة هذا المنع محدودة ولذلك يجب البدء بسرعة فى تغذية الطفل واعادة التغذية دور دقيق يتطلب عناية خاصة ويجب فى هذا الدور ملاحظة ما يأتى :

١ معرفة اسباب المرض وملاحظة هذه الاسباب عند اعادة التغذية

٢ امتحان البراز لمعرفة الاغذية التى لم تهضم لمنع هذه الاغذية عن الطفل

وعلى العموم يجب عند اعادة التغذية ان يعطى الطفل منها تدريجاً وببطء وبكميات اصغر مما يلزم له فى الاحوال الطبيعية و يلزم الطبيب ان يغير الغذاء اذا ماوجد الطفل يهضمه بصعوبة فاذا عاودت الحمى الطفل وجب تقليل كميات الغذاء وتخفيفها فان لم تنخفض الحمى عاد الطفل الي الغذاء المائى لمدة قصيرة اخرى

ارشادات علاجية مستمدة من اسباب المرض

قلنا ان اسباب النزلات المعدية المعوية عديدة مختلفة فان جميع الامراض العامة قد تسبب نزلات معدية معوية للطفل فالحصبة والقرمزية والانفلونزا والحمى التيفودية والباراتيفودية والالتهابات الشعبية الرئوية قد تسبب نزلات معدية معوية والتهاب اللوزتين والتهابات الانف والحنجرة والتهابات الفم قد تسبب نزلات معدية معوية بسبب ما يبلعه الطفل فى هذه الاحوال من المواد الضارة التى تصل الي الامعاء

والسل الرئوى والزهرى الوراثى كلاهما يهيئ كثيراً لاصابة الطفل بالامراض المعدية وعلاج هذه الحالات يكون فى أغلب الاحيان علاجا للنزلات المعدية المعوية التى نشأت عنها

ولكن أهم من كل هذا بالنسبة للعلاج الاسباب العادية للنزلات المعدية المعوية ويمكن تقسيم هذه الاسباب الى نوعين منفصلين

ا) اسباب خاصة بالتغذية

ب) اسباب خاصة بالطفل

ولدراسة هذه الاسباب وعلاجها يجب بحثها

١ فى حالة الطفل الذى يرضع من أمه

٢ « « الذى يتناول غذاءً صناعيا

٣ فى زمن فطام الطفل

١ حالة الطفل الذى يرضع من أمه

اضطرابات الهضم فى هذه الحالة ترجع الى سوء نظام التغذية الطبيعية أو الى قلة اللبن أو رداءة نوعه

ا) قد تنشأ اضطرابات الهضم عن قلة لبن الام وهذه حالات مهمة لان عدم معرفتها قد يؤدى الى عواقب وخيمة فقد يكون المرض ناشئا عن قلة اللبن ثم يعالج الطفل بمنع اللبن أو تقليله فتزداد الحالة سوءا فى هذه الحالة يجب أرجاع الطفل ولكن تدريجا الى الكمية الطبيعية المناسبة لسنه وقد تشاهد هذه الحالات كثيراً فى الأطفال الضعاف والمنهوكى القوى الذين لا يستطيعون عمل المجهود الكافى لمص الحلمة لتناول الكمية اللازمة لهم من الثدى وهم يصابون فى كثير من الاحوال بسبب قلة تغذيتهم بالقىء والاسهال وهى أعراض تشتبه كثيراً بأعراض كثرة التغذية والفرق بينهما ان العلاج فى حالة هو عكس العلاج فى الأخرى وفى مثل هذه الاحوال يجب اعطاء الطفل ماينقصه من لبن الأم بواسطة الملعقة الصغيرة

وقد يكون سبب قلة التغذية قلة لبن الأم أوضعف تركيبه وفى هذه الحالة يلجأ أولا لعلاج الأم لزيادة لبنها وتحسين حالته فان لم تفد هذه الطريقة وجب مساعدة الأم بتغذية الطفل تغذية صناعية أى الالتجاء الى التغذية المختلطة وذلك بتكميل كل رضعة من الأم بكمية مناسبة من اللبن البقرى العادى أو المخلوط بالماء بحسب سن الطفل ووزنه أو اعطائه بضع رضعات فى اليوم من هذا اللبن أو من تركيب غذائى آخر يلائم حالة الطفل

ب) وتنشأ الاضطرابات الهضمية نتيجة لكثرة التغذية وهذا السبب أكثر شيوعا من سابقه وللتأكد من ذلك يجب وزن الطفل قبل رضعه وبعدها لمعرفة كمية اللبن التى رضعها ويمكن فى هذه الحالة تقليل زمن الرضاعة لتمكين الطفل من رضاعه الكمية المناسبة له فقط أو باعطائه فى كل رضعة ثديا واحداً

ج) قد يكون سبب الاضطرابات الهضمية ناشئا عن رداءة نوع لبن الأم بان يكون دسماً فى تركيبه وفى هذه الحالة يمكن تقليل كمية غذائها أو تغيير نوعه بتقليل كميات المواد الدهنية والايدروكربونيه فى غذائها ولكن لا تفيد هذه الطريقة احياناً

ويمكن اعطاء الطفل فى هذه الحالة كمية من الماء المحلى او من ماء قلوى قبل كل رضعة لتخفيف هذا اللبن.

والتأثيرات العصبية وعسر الهضم فى الأم لها تأثير ضار على نوع لبنها

وامراض الثدي كالالتهابات المختلفة تستدعى أيضا منع الأم من الارضاع

كذلك فى حالة اصابة الام بامراض عامة يجب النظر فى منع الام من الارضاع فحالات الامراض المعدية الطويلة وفى حالة السل الرئوى يجب منع الام من الارضاع

د) توجد بعض حالات اضطرابات الهضم لايمكن ارجاع اسبابها الى عدم تنظيم الرضاعة ولا الى اى رداءة فى نوع اللبن وانما يرجع سببها الى الطفل نفسه ويكون الطفل فى هذه الحالة اما مصابا بمرض وراثى كالزهري أو مستعداً بالوراثة الى السل او مولودا ضعيفا او قبل الاوان ويكون سبب الاضطرابات الهضمية في هذه الحالة ضعف اعضاء الهضم فى الطفل فاذا أضيف الى عامل الضعف هذا عامل أخر كاصابة الطفل بمرض عام او اذا ازدادت حرارة الجو ظهرت اعراض الاضطرابات

وعلاج امثال هذه الحالات ينحصر فى تقليل كميات الغذاء وزيادة هذه الكميات تدريجا حتى يصل الطفل الى الكميات المناسبة لسنه ووزنه

ويوجد بعض اطفال لا يهضمون لبن امهم وهى حالات قليلة جدا و يجب عدم التسرع فى مثل هذه الاحوال بمنع الام من الارضاع بل يجب منع الارضاع مدة قليلة يعطي فيها الغذاء المائى ثم يبدأ بأعطاء الطفل رضعة او رضعتين قصيرتين فى اليوم مع الاستمرار على الغذاء المائى وهكذا تدريجا حتى يمنع الغذاء المائى بتاتا ويكتفى الطفل بلبن امه وينصح كومب باعطاء قليل من المالت قبل الرضاعة فاذا لم تفد هذه الاحتياطات فيمكن الالتجاء للرضاعة المختلطة باعطاء الطفل مرتين

أو ثلاث مرات في اليوم لبناً مغلى معقماً او أى غذاء صناعى وتكميل اغذيته بلبن أمه فاذا لم يفد ذلك منعت الام من ارضاع ابنها واعطى له غذاء صناعى ولكن بعد استنفاذ الطبيب لجميع الوسائل لمنع ذلك

والادوية فى مثل هذه الحالات قليلة الفائدة فالملينات والمسهلات مضرة والمطهرات المعوية لاتفيد ولكن قد تفيد القوابض فى بعض الاحوال ويحسن تجربة مسكنات الاعصاب كالبرومور والبلادونا والفاليريانا وينصح «فيل» باستعمال حقن تحت الجلد من لبن الام فيحقن من هذا اللبن من ٥ الى ١٠ سنتيمتر مكعب من لبن الام بعد اغلائه لمدة ٢٠ دقيقة فاذا لم تفد الحقنة الاولى فتعمل حقنة ثانية بعد يومين أو ثلاثة ايام . كذلك تغيير الهواء واستنشاق الهواء الجبلى يفيد فى احوال كثيرة

٢ حالة الطفل الذى يرضع رضاعة صناعية

اسباب الاضطرابات الهضمية فى هذه الحالة كثيرة

١) اسباب متعلقة بالتغذية وهى اهم اسباب هذه الاضطرابات فان استعمال اللبن البقرى بدلا من لبن الام يسبب اضطراباً فى الهضم فى كثير من الاحوال اما لعدم قابلية الطفل لهضمه وإما لعدم استيفاء جميع الشروط اللازمة لتقريب هذا اللبن من لبن الأم او عدم استيفاء وسائل التطهير وإما لاعطاء الطفل كمية اكثر مما يستطيع هضمه أو إعطائه كمية أقل مما يلزم لحاجات نموه واما لعدم اعطاء الغذاء للطفل فى أوقات معينة . أضف الى كل هذه الاسباب سببا خطيرا هو عدم التأكد من صلاحية اللبن الذى يعطي للطفل وتزيد أهمية هذا السبب فى مصر فى زمن الصيف حيث يتعذر وجود اللبن الطازج الجيد لفساد اللبن في وقت قصير بسبب حرارة الجو وسرعة نمو الميكروبات فيه

اما الالبان المجففة والمركزة فتحدث اضطرابا فى الهضم بسبب اتلاف مادة الفيتامين فيها أثناء عملية التجفيف أو التركيز واستعمالها مدة طويلة قد يحدث

بنوع خاص أعراضا مرضـية عامة قد تنتهى بمرض بارلو ولذلك يجب ان يعطى للأطفال الذين يتغذون بهذه الألبان ثلاث مرات فى اليوم نحو ملعقتين صغيرتين بين وجبتين من عصير الليمون أوالبرتقال أو العنب

ب) الأسباب التى ترجع للطفل

لهذه الأسباب أهمية أكبر من اهميتها فى حالة الرضاعة من الأم فقد يصاب الطفل الذى يعطى اللبن البقرى باعراض الأسهال والقىء الشديدين لغير سبب ظاهر وذلك لعدم استعداد في الطفل لهضم هذا النوع من اللبن ولو بكمية صغيرة جداً Anaphylaxie وقد تقف هذه الأعراض حالا اذا منع هذا اللبن كما تعود حالا اذا أعطى له ففى هذه الحالة يجب اعطاء الطفل الغذاء المائى وشوربة الخضارات ومنقوع الحبوب ثم تؤجر اذا أمكن مرضع لارضاعه أو يغذى بلبن الاتان

وقد بحث بعض الأطباء في علاج حالة عدم قابلية الطفل لهضم اللبن البقرى فوصل «مارفان» مثلا لعلاج بعض هذه الحالات بنجاح باعطاء كميات صغيرة جداً من اللبن فيعطى مثلا الطفل كل ساعة ٥٠ جرام ماء يضيف عليها نقطة من اللبن ثم يزيد تدريجيا من نقطة الى نقطتين الى ثلاث نقط وهلم جرا

وقد نجح «فيل» فى استعمال حقن اللبن البقرى تحت الجلد فيحقن تحت جلد البطن ١٠ سنتيمتر مكعب من هذا اللبن وهو احيانا يجدد هذه الحقن مرة أو مرتين كل ثلاثة ايام

فى زمن الفطام

يلزم ان لا يفطم الطفل قبل السن المناسـبة ويلاحظ ان لا يفطم في زمن الصيف وان يكون الفطام تدريجا وان لا يعطى من الاغذية الا ما يناسب سنه وحالته وان تعطى الاغذية فى أوقات معينة

والاكثار من المواد النشوية واللحوم والبيض والكاكاو والشكولاته قد يسبب اضطرابا فى الهضم

الركن الثالث

العلاج الدوائى

قد لا يكفى احيانا تنظيم التغذية لشفاء الاضطرابات الهضمية بل لا بد فى كثير من الحالات من الاستعانة بالادوية واختيار هذه الادوية متوقف دائما بنوع الأعراض المرضية

فاذا امتد زمن الاسهال استعملت القوابض والمطهرات المعوية كاملاح البزموت والتانجين والبنزونفتول وكربونات الجير.

واذا كانت المواد البرازية تحتوى على اجزاء غذائية غير مهضومة فيجب الاستعانة بالادوية التى تغير العصارات الهضمية أو تساعدها كماء فيشى أو بيكربونات الصودا أو سلفات الصودا وأملاح الجير فان هذه الادوية تعطى نتائج حسنة اذا استعملت بمقادير صغيرة فاذا كانت المعدة لا تؤدى وظيفتها الطبيعية فيعطى بعد الغذاء بساعة الببسين مضافاً اليه حامض الكلوريدريك أو يعطي العصير المعدى الطبيعى (دسببتين Dyspeptine)

وتساعد خميرة لاب (ferment lab) أو البجنين (Pegnine) والاتورال Atural على هضم اللبن

وللمساعدة على هضم المواد النشوية يعطى دياستاز المالت Malt Diastase

فاذا كانت الامعاء هى المسببة للاضطرابات وخصوصا حالة سوء هضم المواد الدهنية فخلاصة البنكرياس أو البنكرباتين تفيد فى هذه الاحوال

فاذا كانت المواد البرازية فاقدة اللون كان ذلك دليلا على عدم كفاية افراز

الكبد فيفيد فى هذه الاحوال استعمال خلاصة الكبد extrait hepatique

فاذا كانت رائحة المواد البرازية كريهة تعطى له لمدة يومين أو ثلاثة مقادير صغيرة من الزئبق الحلو أو البنز ونفتول أو الخمائر اللبنية

فاذا أصيب الطفل بالامساك بعد زوال الأعراض الحادة تعطى الملينات كالمانيزيا وزيت الخروع وسلفات الصودا بمقادير صغيرة كما يعطى في مثل هذه الاحوال البارافين السائل

طرق العلاج الخاص

بالحالات الاكلينيكية المختلفة

سبق ان ذكرنا فى مقدمة هذا البحث انه اتفق على تقسيم حالات النزلات المعدية المعوية الحادة الى أربعة اشكال اكلينيكية قد يتداخل أحيانا بعضها فى بعض وقد يكون شكل منها نتيجة لشكل آخر اهمل علاجه ولكنها مع ذلك اشكال مختلفة وتحتاج في علاجها لوسائل خاصة بكل شكل منها اما التقسيم الذى اخترناه وهو المعقول والمعروف فهو (١) الشكل البسيط غير الحمى (٢) الشكل الحمى (٣) الشكل الكوليري (٤) الشكل الشبيه بالدسنطاري ولا يدخل الشكل الأخير فى هذا البحث

وقد سبق ان فصلنا الأعراض الخاصة بكل شكل من هذه الأشكال فلم يبق إلا ان نتكلم عن العلاج الخاص بكل حالة منها

اساس العلاج فى كل هذه الحالات هو الغذاء المائى أولا ثم البدء فى التغذية مع إعطاء الأدوية المناسبة لكل حالة

١ . اما الغذاء المائى فهو الأسعاف الأولى الذى يجب الالتجاء اليه فى أول الأمر فى كل هذه الأحوال وقد تكلمنا فيما سبق عن الغذاء المائى بما فيه الكفاية

بقى ان نقول ان مدة هذا الغذاء ونوعه يختلف باختلاف الأنواع المرضية التى تكلمنا عنها

ففى الحالات البسيطة يمكن الاكتفاء بهذا الغـذاء لمدة قصيرة قد تكون ست ساعات وقد لاتزيد عن ٢٤ ساعة وأحيانا يعطى الماء للطفل نصف رضعته غذاء مائياً ويرضع من أمه نصف رضعه بعد ذلك

وفى النوع الحمى قد تطول مدة الغذاء الى ثلاثة أو اربعـة أيام بحسب الحالة واذا كان القىء شديداً يعطى الماء للطفل بكميات قليلة ومتكررة وفي النوع الكوليرى تظهر نتائج العلاج المائى بشكل أوضح ولـكن يجب ان لايعطى هذا أكثر من المدة اللازمة خصوصاً في الأطفال الصغار جداً أو المنهوكى القوى ويكتفى عادة بمنع الرضاعة واعطاء الغذاء المائى لمدة لاتزيد عن ٤٨ ساعة ولـكن اذا ساءت الحالة بعد بدء التغذية الطبيعة أعيد الغذاء المائى لمدة أخرى ويعطى فى هذه الأحوال الماء المغلى المبرد أو الدافىء أو الساخن بحسب الحالة ويحلى الماء فى هذه الحالة قليلا

٢ . اعادة التغذية

مسألة دقيقة في أغلب الأحيان فان الوقت الذى يجب البدء فيه باعادة التغذية يختلف باختلاف الحالات كذلك نوع الغذاء الذى يجب البدء به يختلف باختلاف سن الطفل وبطريقة عامة لايمكن البدء فى التغذية قبل زوال أعراض القىء والاسهال الشديد ويجب البدء تدريجا بطيئا يمكن معه ان يعطى الطفل غذاءه الطبيعى بعد عدة أيام والماء الخالص المحلى لايعطي الا لمدة قليله (٤٨ ساعة على الأكثر) بعد ذلك يعطى ماء الارز أو ماء الشعير او منقوع الحبوب ثم يعطى بعد ذلك شرش اللبن قبل البدء باعطاء الثدى أو الغذاء اللبنى اذا لم تتحسن الحاله بشكل ظاهر في اليومين الاولين والقاعدة العامة هى انه لايبدأ باعطاء اللبن قبل زوال الأعراض المرضية فاذا استمر الاسهال استمر الطفل على تناول غذاء خال من اللبن فاذا طالت مدة الغذاء المائى الصرف اعطى منقوع الحبوب والليموناده الخفيفة أو شراب البرتقال الخفيف او شرش اللبن او اللبن الزبادى المخفف او عجينة المالت بالماء

ويستعمل احيانا الكيفير نمرة ٢ فى هذا الدور ولكنه صعب الوجود فى مصر وقد تستعمل مرقة اللحوم للأطفال الذين جاوزا الطفولة الاولى قبل اعطاء اللبن اذا استمر الاسهال مدة واستمر معه اعطاء الغذاء المائى أو منقوع الحبوب مدة طويلة وخيف على الطفل من الجوع مدة طويلة

٣ . الادوية

فى دور الغذاء المائى

المسهلات : تفيد فى النوع البسيط غير المصحوب بالحمى وقد تفيد فى النوع الثانى أو الحمى وهى ممنوعة منعا باتا فى النوع الثالث أو الكوليرى واذا كانت مواد الاسهال حمضية قليلة الرائحة اعطى للطفل ماء الجير من أول الامر أو المساحيق القلوية فاذا كانت المواد قلوية كريهة الرائحة افاد حامض اللبنيك فائدة كبيره فاذا كان الاسهال شديدا والمواد غزيرة وجب استعمال المطهرات والقوابض

اما مركبات الافيون فلا تعطى الا نادرا وقد سبق ان تكلمنا عنها

فى دور بداية التغذية

بعد انتهاء الاعراض الحادة الاولى اذا استمرت اعضاء الهضم على عدم تأدية وظيفتها الطبيعية يمكن استعمال بعض الادوية لمساعدتها فاذا استمر الاسهال يمنع استعمال حامض اللبنيك ويبدأ باعطاء المطهرات والقوابض المعوية

ففى حالة الاسهال الكوليرى يحسن اعطاء البزموت مع جذوع الكولمبو بالتركيب الآتى : —

جذوع كولمبو	١ جرام
مـاء يغلى	٦٠ جرام

يصفى ويضاف اليه

تحت نترات بزموت	٣ جرام

صمغ Julep gommeux ٣٠ جرام (ترج الزجاجة)

يعطى ملعقة صغيرة قبل كل رضعة فاذا كانت المواد البرازية غير متماسكة يعطى ماء الفيشى أو المسحوق الآتى

بيكربونات صودا	٠٫٢٠ من كل
كربونات جير	
فوسوفات الجير	

فى ورقة يعطى ٣ او ٤ ورقات فى اليوم

فاذا كانت الاعراض ناشئة عن عدم قيام المعدة بوظيفتها استعمل الببسين والخلاصة المعدية او خميرة لاب او الاتورال اوحامض الكلوريدريك كالجرعة الآتية

حامض كلور يدريك ٠٫٤٠ جرام

شراب ليمون ٥٠ جرام

ماء ٢٠٠ س. م.

يؤخذ ملعقة صغيره كل ثلاث ساعات (قبل الاكل)

ويعطى البنكرياتين فى حالة سوء الهضم المعوى

ويعطى الزئبق الحلو بمقدار صغير لمدة يومين اوثلاثة فى احوال الاسهال العفن كما تستعمل فى هذه الاحوال الخمائر اللبنية

وسائل علاجية اخرى

تكلمنا عن الغسل المعدى والمعوى وقلنا انها وسائل علاجية تفيد فى بعض الاحوال ولكن من الخطأ استعمالها كقاعدة لكل حالة فهى تضر كثيرا فى الاسهال الكوليرى وقد تفيد فى بعض الانواع الاخرى

٤ . علاج الاعراض العامة

تفيد الحقن تحت الجلد بالمصل الفسيولوجى أو ماء البحر فائدة كبرى ضد

فقدان مياه الجسم ويفيد فى هذه الاحوال الحقن تحت الجلد بالسيروم الجلوكوزى اما حقنا تحت الجلد او حقنا فى الشرج بطريقـة « التنقيط » اى حقنه نقطة نقطة ويتعين حقن المصل الاخير وحده اذا وجد الزلال فى البول

وفى احوال الهبوط العام او ضعف القلب تستعمل الحقن الجلدية المنبهة كالاتير والاستركنين وزيت الكافور والادرينالين

كذلك تفيد فى هذه الاحوال الحمامات الساخنة وتستعمل الحمامات الساخنة ايضا والكمادات الباردة على الرأس ضد ارتفاع الحرارة وضـد العوارض العصبية المختلفة والقاعدة ان لاتستعمل الادوية الخافضة للحرارة ولكن يسمح بها فى بعض الاحيان اذا لم تفد الوسائل الاخرى وخيف من ان يحدث استمرار ارتفاع الحرارة مضاعفات خطرة

الكساحة

الدكتور عثمان شكرى طبيب الاطفال

بمستشفى اسكندرية

الكساحة مرض ناتج من عدم انتظام أو اختلال فى تغيير الاغذية Metabolism ويؤثر فى جميع الانسجة المختلفة للجسم بدرجات متفاوتة ومصحوب بتغير هام فى حالة العظام ناشىء عن عدم رسوب املاح الجير بها . وهو مرض مزمن تحسب مدته بالشهور لا بالايام ولا ينجو منه أى جزء من اجزاء الجسم فيؤثر فى الغشاء المخاطى فتكثر النزلات المعوية والشعبية والالتهابات الرئوية و يؤثر فى العضلات والاربطة والجهاز العصبى فتحدث التشنجات العمومية أو الجزئية

والكساحة من أهم الامراض التى تنتاب الاطفال فى السنين الاولى من عمرهم فى مصر وهو منتشر على الخصوص بين الطبقات الفقيرة فى المدن الكبرى كالقاهرة والاسكندرية وطنطا ففيها ما لا تقل نسبته عن ٣٠ ٪ من مجموع الامراض التى تنتاب الطفل فى الثلاث السنوات الاولى من عمرهم واما فى الطبقات الاخري فنسبته اقل من ذلك كثيرا . اما فى الارياف فهو موجود ولكن بنسبة بسيطة · ولا يفرق بين الذكر والانثى ونسبته فيهما متقاربة أو متساوية وليس لصحة الطفل العمومية تأثير كبير فى نسبة ظهوره

اسباب الكساحة . النظريات فى اسبابه هى :

الاولى صحية والثانية غذائية والثالثة ميكروبية والرابعه اختلاف فى النظام الافرازى لغدد ذات الافراز الداخلى والخامسة زيادة حموضة الدم أو زيادة المواد الحمضية بالدم تسبب عنها استعمال املاح الجير فى تقليل هذه الحموضة مما يكون سبباً في عدم رسوبها بالعظام

(١) النظرية الاولى — الاسباب الصحية

شوهد فى المنازل المزدحمة بالسكان كما هى الحال فى الطبقات الفقيرة عندنا التى تعيش العائلة منها فى غرفة واحدة تستعملها للنوم والجلوس والطبخ وخلافه ان نسبة الكساحة في اطفالها عالية جدا والمشاهد أيضا فى هذه الطبقات ان جميع المنافذ تكون محكمة القفل ومغطاة بأشياء لايمكن معها نفوذ الشمس الى داخل الغرفة أو الهواء وخصوصاً فى فصل الشتاء خوفاً من البرد

فالطفل فى مدته الأولى لايتعرض لتأثير الشمس او الهواء للأسباب السابقة وأيضاً لأن الأم لم تألف الرياضة وتجهل تأثيرها الحسن على نمو الطفل زيادة على ذلك لما عندها من الأعمال المنزلية التى تستنفد أغلب أوقاتها داخل المنزل ء وقد ثبت فعلا ان للشمس تأثيراً فعالا فى شفاء الكسيح فالتعرض لها يشفيه . ويمكن الأعماد عليها بمفردها لشفائه بدون اضافة أى غذاء محتوعلى الفيتامين Vitamine A. الى غذاء الطفل المعتاد

ولذا نجد ان نسبة الكساحة فى فصل الشتاء اكثر منها فى الفصول الأخرى من السنة

(٢) الأسباب الغذائية

المشاهد كثرة نسبة الكساحة فى الأطفال الذين يغذون صناعياً وخصوصا من كانت تغذيتهم سيئة من أول الأمر ولكن بمصر الاغلبية هى رضاعة الطفل من أمه ولمدة طويلة وربما تكون بدون شيء بالمرة خلافها أو أعطائه النشويات كالخبز والأرز وخلافه كما هو المشاهد فى الطبقات الفقيرة · وهاك جدولا بالاغذية التى لوحظت فيها الكساحة باستعمالها مرتبه حسب كثرة ظهوره Still

(١) المواد النشوية كالبطاطس والأرز والبسكويت أو الخبز مع اللبن

(٢) لبن مكثف مخفف

(٣) الاغذية الجاهزة سواء أكان بها نشويات أم لا

(٤) لبن بقرى مخفف بدون إضافة قشدة اليه

(٥) لبن الأم مع غذاء مكون من مواد نشوية

(٦) لبن الأم فقط

والسبب هو نقص فى الفتيامين (fat Sol. Vit. A) الموجود بكثرة فى المواد الدهنية . والمواد التى تحتوى على هذه الفتيامين هي (١) زيت كبد الاسماك كزيت كبد الحوت (٢) مح البيض (صفاره) (٣) الزبدة الحقيقية لا الصناعية (٤) اللبن الطازج (٥) اللحم الاحمر (٦) بعض الخضراوات الطازجة كالكرنب والخص والسبانخ والبطاطس بكمية بسيطة ونسبته فى الزبدة $\frac{١}{٢٥٠}$ من زيت كبد الحوت وخمسة سنتمتر مكعب من زيت كبد الحوت تحتوى على ما يحتويه عشرة لترات من اللبن وقد يوجد بكمية اكثر في الزيت غير النقي منه فى النقي

وقد حققت هذه التجارب التى عملت فى فينا بين سنى ١٩٢٠ و ١٩٢٢ وهذه هي الاغذية التى جهزت فى تجارب فينا

(ا) لبن بقرى طازج مضافاً اليه كمية كبيرة من السكر (للذين عمرهم اقل من خمسة شهور) أى يحتوى على سكر بنسبة ١١٤ و ١٦ ٪ ومواد دهنية بين ٣ و $\frac{١}{٢}$٣ ٪ ومواد أزوتية بين ٣ و $\frac{١}{٢}$٣ ٪

ويضاف اليه بعض الحبوب بعد الشهر الخامس وبعض الخضراوات والفواكه الطازجة مطبوخة ومصفاة بعد الشهر السادس ويعطى عصير الفواكه كاليمون والبرتقال

(ب) لبن مجفف ويحالل فى الماء حتى تكون نسبة المواد الدهنية به ٣ر٤ ٪ والازوتية ٣ر٤ ٪ والسكرية ٥ ٪ مضافاً اليه بعض الحبوب من الشهر السادس والخضراوات من الشهر الثامن او التاسع مضافا الى ذلك زيت كبد الحوت من واحد الى اثنين سنتيمتر مكعب ويزاد تدريجا حتى يبلغ خمسة او ثمانية سنتيمترات مكعبة

(ح) غذاء نمرة (ا) مضافا اليه زيت كبد الحوت

فكانت النتيجة انه لم يحصل ولا حالة كساحة على الغذاء نمرة ٢ ونمرة ٣ وحصل سبع عشرة حالة على الغذاء نمرة ١ اي ٥٠ ٪ من الحالات التى كانت تُعطى هذا الغذاء

(٣) النظرية الثالثة . مكروبية او بالعدوى ومن انصارها Norprgo و Kock

(٤) الاختلال الافرازى لبعض الغدد ذات الافراز الداخلى كالغدة التيموسية او Parathyroid او Adrenals فلم يمكن تطبيقها الا على حالات فردية

(٥) نظرية زيادة حموضة الدم فهي لزيادة التغذية عن المقدار اللازم للطفل او لمرض الطفل والمجدد لها من الدكتور برتشارد (Pirtchard) وبعض الباحثين يرون ان الكساحة ناشئة عن الاسباب الصحية والغذائية معا ولفصول السنة تأثير فى الكساحة ففى الشتاء يكون السبب فى عدم الرياضة وعدم عرض الطفل للشمس برودة الطقس وقد لاحظوا ان حالات الكساحة تأخذ في الشفاء بدون علاج ابتدأ من فصل الربيع لتحسن حالة الجو

وللوراثة تأثير فقد شوهد فى حالات عديدة انه اذا كان احد الابوين كسيحا فى طفوليته فان اولاده يكونون عرضه للكساحة اكثر من غيرهم ممن كان والداهم صحيحين فى طفوليتهم وثبت بشكل اوضح فى الحالات التى كانت فيها الأم كسيحة فى طفوليتها وتزوجت اكثر من مرة ان اولادها جميعا يكونون عرضة للكساحة

ونسبة الكساحة كبيرة فى الاطفال السمان والضعاف لكثرة ما انتابهم من الامراض وكذلك فى الاطفال غير الكاملين وقليل فى الاطفال النحاف .

وقد لوحظ ان الكساحة نادرة في الشهرين الاولين من العمر وان فى الستة الأشهر الاولى يكون الطفل أكثر عرضة للكساحة منه فى مابين الشهر السادس والثامن عشر اذ النصف الاول من السنة الاولى هو الوقت الذي يكون فيه الطفل أكثر نموا

والمعروف ان الكساحة تظهر فى أواخر السنة الاولى وهذا حقيقى اذ ان علامات الكساحة تكون فى هذا الوقت واضحة جلية لا يمكن معها الخطأ فى التشخيص ولكن ابتداء المرض يكون قبل هذا بكثير وقد لاحظ Schmorl هذه المشاهد فى سنة ١٩٠٩ ولاحظ Unger & Hess فى سنة ١٩٢٢ وجود الكساحة فى الاطفال الحديثى الولادة فى الولايات المتحدة سواء أكانت التغذية طبيعيه أم صناعيه

العلامات

(١) النوم غير الهادئ — (٢) عرق الرأس — (٣) ترفع بعض اجزاء عظام الجمجمة — (٤) تسبيح الاضلاع وهذه هي العلامات الاولى — (٥) تأخر التآم اليافوخ المقدمى واتساعه — (٦) كبر حجم الرأس (٧) تقوس السلسلة الفقريه — (٨) تضخم كراديس العظام Epiphysis (٩) تأخر التسنين (١٠) كبر البطن (١١) عدم المقدرة على الجلوس او الوقوف او المشى او تأخرها (١٢) لين وتقوس عظام الاطراف — (١٣) ضعف العضلات والاربطة — (١٤) الامساك (١٥) كثرة النزلات المعوية والشعبية — (٦) التشنجات سواء أكانت عمومية ام جزئية

بعد سرد العلامات نبدأ بوصف التغيرات والتشوهات التى تحصل فى اجزاء الجسم

(١) الرأس

تأخذ شكلا خاصا فهي كبيرة مربعه ومفرطحة من أعلى ومن الخلف (اوالمؤخرة) وتظهر كبيرة الحجم عنها فى الحالات السليمة ولو انها فى أغلب الأوقات لا يزيد محيطها عن الطبيعي للطفل السليم لهذا العمر ولكن فى بعض الحالات يزيد محيطها من اثنين الى خمسة سنتيمترات وهذا ناشئ من تضخم عظام الجمجمة. ولبطيء نمو عظام الوجه فى هذا الوقت دخل فى ظهورها كبيرة الحجم ويشاهد ان الاوعية الدموية لفروة الرأس ظاهرة ومتضخمة ولها قنوات فى عظمة الجمجمة حتى يمكن تتبع سيرها بالاصبع ويعزى شكلها المربع الى زيادة التعظم للنتوء الجبهي والجانبى. والفرطحة من الخلف للضغط المستمر على مؤخرة الرأس لنوم الطفل ولين العظام — وفى الحالات

حيث يشتد تعظم النتوء الجبهي والجانبى نجد بالرأس مجرى ممتداً بطول التدزيز الهلمي وآخر مقاطعا له وممتداً على طول التدزيز الجبهي وهذه الحالة تعطي الجبهة بروزا غير عادى . وفى احوال كثيرة يمكن تحريك عظام الجمجمة عند التدزيز لمدة اطول من العادى وربما تكون لآخر السنة الأولى

اما اليافوخ المقدمي فيتسع كما كان عليه ويظل مفتوحا لغاية السنة الثالثة من العمر وشعر فروة الرأس فى الجزء المؤخرى يكون خفيفا جدا او معدوماً بالمرة لكثرة تحريك الطفل رأسه يمينا وشمالا اثناء نومه

اما ضني بعض عظام الجمجمة وهو اهم العلامات واولها ظهورا اى قبل الشهر السادس وغالبا بين الشهر الثالث والرابع فهو عبارة عن ترفع مع لين لأجزاء بعض عظام الجمجمة وغالبا يظهر فى عظم مؤخرة الرأس وقليلا بالعظم الجدارى ونادرا بالعظم الصدغى ويكون مركزه قريبا من التدازيز ويكون مستديرا او بيضاوى الشكل وحجمه بين نصف سنتيمتر وثلاثة سنتيمترات واذا ضغط عليه يسمع له فرقعة أشبه بما يحدث من الورق المقوى (Parchament)

وهذا الضني لا يوجد الا فى الكساحة وليس له علاقة بالزهرى الوراثى للاسباب الآتية

(ا) ان العظام فى حالة الزهرى الوراثى تكون صلبة

(ب) ان هذه الاجزاء تشفى فى مدة قصيرة جدا ربما لاتتجاوز الاسبوعين من ابتداء علاج الكساح سواء اكان بتعاطي زيت كبد الحوت ام بالتعرض للشمس وللأشعة بعد البنفسجية (Still)

(ج) تكون دائما مصحوبة بحالات تشنجية كالتشنج الحنجرى او التشنج العضلى الذاتى (Tetany)

(د) الملاحظ ان الزهرى الوراثى يزيد الكساحة شدة ولذلك فهذه الاجزاء تكون اكثر وضوحا فى هذه الحالات

(هـ) ان هذا الترفع يظهر فى السن التى تظهر فيها الكساحة وهو كثير فى الشتاء وقليل فى الصيف كالكساحة

(و) ان الاطفال الذين عندهم هذا الترفع اذا تركوا وشأنهم بدون علاج تظهر عليهم علامات الكساحة الاخرى

(ز) ان الاطفال الذين تظهر الأشعة فى صور عظامهم علامات الكساحة يكون عندهم هذا الترفع وان استمرار وجوده يدل على ان الحالة الحادة لازالت موجودة

الصدر

اول العلامات ظهوراً فيه هو تسبيح الأضلاع وهو من اهم علامات الكساحة ومن اولها ظهوراً ويوجد فى جميع الحالات وهو عبارة عن تضخم عظمي لطرف الضلع عند اتحاده بالجزء الغضروفى ويختلف في الحجم ضآلة وكبراً وفى بعض الحالات يكون بحجم البندقة الصغيرة ويوجد هذا التضخم فى جميع الاضلاع ويظهر واضحاً فى الاضلاع الوسطي اى الخامس والسادس والسابع والثامن وقد لا يوجد هذا التسبيح فى بعض الحالات الشديدة ولكن بعمل الصفة التشريحية بعد الوفاة يوجد تسبيح كاذب بالجهة الداخلية للاضلاع وهو ناتج عن خلع خلفى لطرف الضلع من الجزء الغضروفي

ويجب التفرقة بين التسبيح الحقيقي والتضخم الموجود عادة عند الاطفال الاصحاء الحديثى الولادة والذين يكونون عادة كثيرى الحركة (Active) اذ التسبيح الحقيقي لا يظهر الا حوالى الشهر الرابع او اكثر بعد الولادة

ان التسبيح الخلفى للاضلاع وهو الذى يلاحظ بظهر الطفل فهو لا يوجد الا فى الحالات الشديدة وهو ناتج من أثر التحام لكسر فى الضلع ومركزه دائماً فى الزاوية الخلفية للضلع

(ثانياً) انثناء حافة الصدر السفلى الى الخارج واعلى مع تقوس الاضلاع الى الداخل عند اندغام الحجاب الحاجز بالاضلاع وبذا يحدث تزحزح الى أسفل للكبد

وينكشف الطحال حتى يمكن حسه والعوامل التى تحدث هذا التشوه هي

(١) انقباضات الحجاب الحاجز

(٢) الضغط الجوى

(٣) لين الاضلاع. فنجد أن الاضلاع تتقوس الى الداخل عند الجزء الذى ليس به ضغط مقابل لهذه العوامل وهو عند التحام عظم الضلع بالجزء الغضروفي

(٤) انتفاخ البطن الموجود فى الكساحة عادة

وكثرة النزلات الرئوية وتضخم اللوزتين تزيد هذه الحاله تشوها وفى بعض الاحوال نجد ان احدى جهتى الصدر منخسفة بخلاف الجزء الآخر وهذا يرجع الى لين العظام واستمرار وضع الطفل او حمله على هذا الجزء

العمود الفقرى

لا يتأثر فى الحالات البسيطة (الخفيفة) ولكنه فى أغلب الحالات يتقوس الى الخلف وفى بعضها يكون مصحوبا Rotation بدوران الى احدى الجهتين وغالبا الى الجهة اليمني — ويبتدىء التقوس من النصف الاخير للفقرات الصدرية ويشمل باقى الفقرات الى العجز وهذا التقوس ناشىء عن ضعف العضلات الظهرية وعضلات واربطة السلسلة الفقرية ذاتها

الترقوة

تشوه الترقوة عبارة عن ازدياد التقوس الامامي الموجود طبيعيا بالترقوة عند الثلث الانسى به وفي أغلب الاحيان تتكسر ويكون من نوع Greenstick

الحوض

كثير التشوه . والمشاهد كثيرا هو

(١) قصر فى القطر الامامي الخلفى

(٢) ضيق فى Subpubic Arch

الاطراف

التغيرات التي تطرأ على الاطراف هي

(١) التشوه وهو دائما متماثل . فعظم العضد لا يتأثر الا فى الحالات المتقدمة ويتقوس الى الامام والجهة الوحشية اما عظمي الساعد فالقشرة فيهما كثيراً ماتتقوس الى الجهة الشادة وتكون اكثر وضوحاً عند الاطفال الذين ابتدأوا الزحف

الساق تتقوس الى الامام ولو ان الطفل لايمشى وتكون الزاوية التى تحدثها رقبة العظم مع باقى جسم العظم قائمة لا منفرجة كما هى الحال فى الاصحاء واما عظمتا الساق فتتقوسان وخصوصاً عند من ابتدأ فى المشى منهم ولضعف العضلات والاربطة حول المفاصل تأخذ الاطراف السفلى اشكالا مختلفة كالاصك والافلج knock knee & Bow legs

(٢) تضخم اطراف العظام وهو يحصل فى كراديس جميع العظام الطويلة Epiphysis وهو من العلامات الثابتة ويظهر بوضوح فى طرفى عظمتى الساعد للرسغ وطرفى عظمتى الساق لمفصل القدم وهو يظهر متأخرا ولذا ليست له أية قيمة فى تشخيص المرض في مبدئه ويمكن بعمل صور اشعة للعظام ان يشاهد التغير الذى اصاب العظام من الكساحة قبل ظهور هذا التضخم

«٣» الكسور

وهى دائما من نوع Greenstick اى غير المنفصل او غير الكامل وذلك ناشىء من تضخم السمحاق وعدم تقطعها وتصيب الاطفال بكثرة وتعدل الكسور فى الطفل وخصوصا بعظم الشظية وتحصل من أى حادثة بسيطة كوقعة اوصدمة بسيطة لايعمل لها حساب أو لا يلتفت لها بالمرة

(٤) وقف نمو العظام او بطؤه وهو مشاهد كثيرا ولكن لا يؤثر على طول الطفل الا بدرجة بسيطة فى اغلب الاحوال فنجد ان الطفل الذي عمره خمس سنوات لايزيد طولا عن الطفل السليم الذى عمره ثلاث سنوات ومتوسط القصر

هو بين خمسة او عشرة سنتيمترات ولا يحصل قصر بالغ حتي يصير الطفل قزما الا فى حالات نادرة

وجميع هذه التغيرات والتشوهات بالجسم مترتبة على ضعف العضلات ورخوة الاربطة وللتغيرات الآتية بالعظام

«١» بطء نمائها ووقف النمو

«٢» لين العظام لقلة رسوب املاح الجير

«٣» زيادة التعظم

وترتيب ظهور هذه العلامات يتمشى على وقت سرعة النمو لكل جزء من اجزاء الجسم وبما أن الجمجمة والصدر اولاها فلذا كان النرفع لعظام الجمجمة وتسبيح الاضلاع من أولها ظهوراً ويليهما انبعاج (Depression) عظام الصدر واتساع اليافوخ المقدمى اما تقوس السلسلة الفقرية وتربع الرأس والتغيرات التى تشاهد بالاطراف فبعدها وتقريباً حوالى آخر السنة الاولى اما الاعوجاجات التى تعترى الاطراف فتظهر حين يبتدىء الطفل فى الجلوس او الزحف او المشى ويستثنى من ذلك تقوس عظم الفخذ فهذا يشاهد فى الاطفال وهى فى المهد قبل ان تقدر على الجلوس

البطن

يكون دائماً كبيراً وبه انتفاخ غازى طبلى والاسباب التى ساعدت على كبر حجمه هي

(١) التغذية التى أغلبها النشويات أو السكريات اذ بتخمرها يحصل الانتفاخ الغازى الطبلى

(٢) زيادة قابلية الامعاء للالتهابات التى تساعد على هذا الانتفاخ

(٣) صغر حجم الحوض

٤ انقلاب (Eversion) الاضلاع الى الخارج وضيق الصدر الذي يزحزح الكبد الى اسفل

٥ ضعف عضلات جدر البطن وانفساحها بعضها عن بعض وكذا ضعف عضلات المعدة والامعاء

الاربطة والعضلات

تكون الاربطة رخوة lax ان لم تكن اطول من العادى وخصوصاً التى منها حول المفاصل الكبيرة فينشأ عنها (١) ضعف كما يشاهد فى ضعف مفصل القدم (٢) زيادة فى الحركة كما يشاهد فى مفصل الفخذ حتى ان الطفل يمكنه ان يلمس أذنه باصابع قدمه (٣) المساعدة على التشوه الذى يحصل للاطراف السفلى كما يشاهد فى الاحوال التى تكون فيها الركبتان متباعدتين والقدمان متقاربين أو تقارب الركبتين وتباعد القدمين

والعضلات تكون دائماً خفيفة ومرتخية وصغيرة لعدم تكامل نموها الطبيعي فترى الطفل لا يمكنه الجلوس أو الوقوف أو المشى فى الاوقات المعتادة بل تتأخر عن ذلك كثيراً ويختلف هذا الوقت بحسب بساطة الحلمة أو شدتها . واذا جلس الطفل تجده يسند نفسه بساعدين وبذا يحصل التشوه فى عظمي الساعد ويتأخر المشى وربما لا يحصل الا فى منتصف السنة الثالثة أو آخرها وفى بعض الحالات يشكل الامر على الطبيب فيما اذا كانت العضلات ضعيفة فقط أو هناك شلل طفلى ولا يمكن التفرقة الا بعمل رد الفعل الكهربائى Electrical Reaction وهو يكون طبيعياً فى الكساحة ومعدوماً فى الشلل الطفلى وضعف العضلات كما بينا من الاسباب المساعدة على كبر حجم البطن ولها دخل فى ضعف المفاصل أو زيادة الحركة بها وكذلك الامساك فهو نتيجة ضعف عضلات الامعاء ويتسبب عن الامساك التهاب حزمن بالقولون كما يتضح من المواد المخاطية التى تظهر بكثرة فى البراز

التسنين

يتأخر بدء التسنين فتجد فى حالات كثيرة ان الطفل يبلغ من العمر سنة او اكثروليست له اسنان ابداً وكذلك تمام التسنين لايتم قبل آخرالسنة الثالثة أو أوائل الرابعة ولا يتبع الترتيب العادى فى بزوغ الاسنان وتطول المدة بين بزوغ كل سنة والأخرى عن المعتاد . وربما يكون تأخير ظهور الاسنان طبيعياً وليس للكساحة اية علاقة . وللورانة علاقة بها اى يلاحظ أن أحد الوالدين يكون قد تأخرت اسنانه ايضا

وليس للكساحة أى تأثير سيء على الاسنان اللبنية من حيث تكوينها لأن هذا التكوين يكون تاما تقريبا عند الولادة بخلاف الاسنان الثابتة(Permanent) فانها تتأثر لان تكوينها يبتدىء في السنة الأولى وربما يكون الذبول الذى يلاحظ فى الاسنان اللبنية وتآكلها ناشئاً من الغذاء النشوى والسكرى الذى يعطى للطفل

والذى يلفت النظر ايضا كثرة النزلات الشعبية والرئوية والنزلات المعوية عند هؤلاء الاطفال وهذا ناشىء عن زيادة قابلية هذه الاغشية المخاطية للالتهابات من تأثير الكساحة ولتشوه الصدر أثر فى كثرة حدوث النزلات الشعبية والرئوية

الاعراض العصبية

(١) النوم غير الهادئ وهو يظهر فى ابتداء المرض فنجد أن الطفل لايحب ان يظل الغطاء على جسمه بل يرميه برجليه وكذلك يحرك رجليه وذراعيه يمينا وشمالا

(٢) الألم وهذا يشاهد فى أحوال قليلة فنجد الطفل يتألم إذا حمل أو مسكت ذراعاه

(٣) التشنجات وهى إما عمومية وتحصل غالبا مع التشنج العضلى الذاتى (Tetany) واما جزئية كالتشنج الحنجرى الشخيرى والتشنج العضلى الذاتى

اما التشنج الحنجري الشخيرى فيلاحظ عند مايصحو الطفل من النوم مباشرة او عند ابتدائه البكاء فتراه لا يتنفس وصدره لا يتحرك زهاء خمس ثوان ويصير وجهه ازرق وعند درجة الاختناق يتنفس الطفل ويسمع لشهيقة صوت يشبه شهقة السعال الديكي وهذه لا توجد الا فى الكساحة وتكون دائماً مصحوبة بتهيج عصبى غالباً فى الوجه وقليلا فى الاطراف ايضاً فبدقة خفيفة على العصب الوجهي امام الاذن تنقبض عضلات حاجبى العين وبعض عضلات الوجه المجاورة وأيضاً اذا دق على الجزء الاسفل للعصب الوجهي عند زاوية الفك الاسفل تحصل انقباضات فى زاوية العين الانسية (Inner Canthus) وعضلات الأنف لهذه الجهة ووجود هذه العلامة (التهيج العصبى) يدل على ان الطفل فى خطر من حصول تشنجات عمومية وكلما كثر عدد العضلات التى تنقبض زاد الخطر من حصول التشنجات العمومية ولهذه العلامة فائدة كبيرة فى مراقبة تأثير العلاج للكساحة وتأثير البرومور وخلافه على الأعراض العصبية

اما التشنج العضلى الذاتى (Tetany) فهو تشنج عضلى لليدين والقدمين فتجد الاصابع منثنية ناحية راحة الكف والابهام منثنياً فى وسطها واليد منثنية عند الرسغ والذراع منثنياً عند مفصل الكوع واما القدمان فاصابعهما منثنية جهة بطن القدم ويندر أن يصحب هذه الحالة الم ويبتدىء ظهورها بتشنجات عمومية ويكون الطفل طول مدة وجود التشنج العضلى الذاتى عرضه للتشنجات العمومية وكثيراً ما يلاحظ حدوث اسهال قبل حصول التشنج العضلى الذاتى

فقر الدم

يشاهد فى حالات الكساحة فقر دم (انيميا) وتختلف درجاته ويكون لون الطفل شاحباً وهو من نوع الانيميا الثانوية (Secondary Anemia) ويصحبه ضخامة بسيطة فى الطحال والغدد اللمفاوية بالجسم وفى بعض الاحيان يتضخم الكبد

القوى العقلية

القوى العقلية للطفل الكسيح تكون عادية وفى بعضها يكون الطفل حاد الذهن ومكتسبا لمعلومات اكثر من الطفل السليم الذى فى سنه ويرجع ذلك الى كثرة مخالطة ومعاشرة الطفل الكسيح لمن هم اكبر منه سناً طول مدة مرضه لعدم قدرته على المشى وبذلك يكتسب خبرة من عاشرهم . واما البلاهة فهي نادرة فى هؤلاء الاطفال ويعلل ذلك بكثرة ما ينتاب الطفل من الامراض وليس لكبر حجم الرأس أى تأثير سىء على عقلية الطفل

اما حالة الطفل العمومية فانه يكون ضعيفاً وعضلاته رخوة ووزنه أقل من الطبيعي لمن فى سنه

التشخيص

التشخيص في أغلب الحالات سهل لوجود أغلب العلامات ولكن هناك احوال عديدة تحتاج لدقة وعناية وخصوصاً الحالات البسيطة أو عند ابتداء المرض فعرق الرأس والنوم غير الهادىء وتسبيح الاضلاع وترفع اجزاء عظام الجمجمة وتأخر التسنين واتساع اليافوخ المقدمى مجتمعة لا تدع محلا للشك فى التشخيص

وبواسطة أشعة رونتجن يمكن تشخيص الكساحة وخصوصاً فى مبدئها عند ما تكون العلامات بسطية وغير واضحة وعليها الآن معول كبير فى التشخيص وفى معرفة نظام العلاج وشفاء المرضى. فبعمل صورة أشعة لعظام الاطراف فى الكساحة نجد

أولا — أن العظام تظهر خفيفة عن الطبيعي وغير واضحة لعدم ترسب املاح الجير

ثانياً — ان الخط الذى يحصل عنده التعظم لكراديس العظام غير منتظم ومجوف الى اعلى فى الحالات المتقدمة

ثالثاً — ان مركز التعظم لاطراف عظام الساق والفخذ لا يظهر جلياً
Centre of ossification)

عرق الرأس بمفرده لايدل على شيء اذ أنه يشاهد فى حالات الضعف لغير الكساحة وكذلك يوجد تسيح بسيط للاضلاع عند الاطفال الحديثى الولادة الكثيرى الحركة (Active) وكذلك يجب التفريق بين التسيح الحقيقي الذى لا يوجد الا فى الكساحة والتسيح الكاذب الذى يوجد فى الاسقربوط (Sceirvy) التسيح فى الكساحة عبارة عن تضخم عظمي لطرف عظم الضلع عند اتصاله بالجزء الغضروفى واما فى الاسقربوط فهو عبارة عن بروز بطرف الضلع ناتج عن خلع خلفى للجزء الغضروفى

اما حجم اليافوخ المقدمى فمتغير ولا يوجد طفلان حجم اليافوخ المقدمى فيهما واحد ولذا يمكن الحكم اذا كان اليافوخ أوسع مما كان عليه أم لا وهو من المعلومات التى ليست لها قيمة الا فى أواخر السنة الاولى

أما تأخر التسنين بمفرده فليست له قيمة اذ المشاهد ان تأخر التسنين طبيعى فى حالات كثيرة واتساع اليافوخ المقدمي وتأخر التسنين موجودان فى حالات ضمور الغدة الدرقية في الاطفال Cretin

وترفع اجزاء بعض عظام الجمجمة (Craniotabes) يمكن ان يتشابه معه عدم النمو الخلقي الكامل لعظام الجمجمة (١) فى الكساحة يبتدىء ظهور الترفع فى السن التى تختفى فيها هذه الاجزاء فى عدم النمو الخلقى الكامل

(٢) فى الكساحة تكون هذه الاجزاء فى عظم مؤخرة الرأس قريبا من التدريز الهلمى بخلافها فى النمو غير الكامل حيث تكون في العظم الصدغي قريبا من التدريز الهلمى

كبر حجم الرأس فى الكساحة ربما يتشابه مع كبره في الاستسقاء الرأسى (hydrocephalus) ولكن شكلها المربع وفرطحتها من اعلى والخلف تختلف تماماً عن شكلها النصف كروى . (Pyriform) فى الاستسقاء الرأسى

وضعف العضلات يكون فى بعض الاحيان بدرجة كبيرة حتى يشتبه مع الشلل فى حالات الشلل الطفلى أو الشلل النصفى الطفلى (Infantile hemhemiplegia) ويمكن التفرقة بينهما بعمل رد الفعل الكهربائى(Electirceal Reaction)الذى يكون معدوماً فى الشكل الطفلى وازيد عن العادى فى الشلل النصفى للاطفال مع تصلب فى العضلات ويكون عاديا فى الكساحة

وتضخم العظام فى الكساحة يختلف عن الموجود فى حالات الزهرى الوراثى فاذا ظهر التضخم فى الزهرى مبكرا فانه يكون قبل السن التى يظهر فيها التضخم فى الكساحة ويكون مصحوبا بانفصال النتوء العظمى (Separation of Epiphysis) وان ظهر متأخرا فى جسم العظم (Shaft) لافى النتوء Epjphysis واذا اصاب النتوءفيكون فى جزء منه فلا يتضخم النتوء كله

أما تقوس السلسلة الفقرية فتختلف عنها فى حالات التدرن كالآتى :

(١) التقوس الدرنى يظهر متأخراً عنه فى الكساحة اي بين السنة الثالثة والرابعة

(٢) تكون السلسلة الفقرية فى التدرن صلبة بخلافها في الكساحة فانها تكون متحركة اكثر من العادى لضعف العضلات والاربطة

(٣) أن خدبة التدرن تكون حادة بخلافها فى الكساحة فانها تكون جزءاً من محيط دائرة

(٤) تقوس الكساحة يختفى اذا نام الطفل على بطنه ولا يختفى فى التدرن بل يظل موجوداً

تأثير الكساحة على الطفل

الكساحة بمفردها لا يتسبب عنها الوفاة ولكنها من أكبر اسباب وفاة الطفل فى السنتين الاولين من عمره إذ تجعل الطفل ذا قابلية للعدوى بالامراض الحادة وخصوصا النزلات والالتهابات الصدرية والمعوية وهى أكبر مسببات

التشنجات عند الاطفال ولتشوه الصـدر وتأثيره على الرئتين يصبح الطفل ضعيفا وغير كامل النمو وبالتشوه الصـدرى يمكن الحكم على صحة الطفل المستقبلة فاذا كان التشوه بسيطا فليس هناك اى تأثير فى المستقبل على الطفل فانه ينمو و يكبر كانه لم يصب بالكساحة فى طفوليته بخلاف ماإذا كان التشوه كبيرا فان الطفل غالبا يتوفى بذات الرئة واذا عاش فانه يكون اقصر قامة وضعيفا

الوقاية

تنحصر فى (١) التنبه للحالة الصحية بالمنزل فتكون غرف النوم صحية ويمكن تجديد هوائها وتنفذ اليها الشمس

(٢) رياضة الطفل منذ ولادته فى الهواء الطلق كالميادين والجناين وتعريضه للشمس او لنورها وقد ثبت بالتجارب التى عملت فى فينا مقدرتها على شفاء الكساحة

(٣) العناية بغذاء الطفل ـ غذاء الطفل فى سنته الاولى عندنا هو لبن الأم او لبن المرضع وليس للتغذية الصناعية عندنا إلا أثر بسيط ومع ذلك فالكساحة منتشرة ويمكن تشخيصها اكلينيكيا فى حالات كثيرة قبل الشهر السادس او الثامن على الاكثر أى قبل ان يضاف الى تغذيته شيء آخر فهل هذا يدل على نقص فى الفيتامين (fot. sel. Vit. A) الموجود فى المواد الدهنية للبن الأم أو للطقس والسكن او لنظرية (Pritchard) وهى زيادة حموضة الدم من زيادة التغذية.

وقد أجريت فى فينا تجارب بان أعطى للأم مواد دهنية كالزبدة (محتوية على الفيتامين) بكمية كبيره عن المعتاد فى غذائها واسفرت عن ظهور الكساحة على الاطفال ولكنها لم تكن تجارب كافية بل على عدد قليل من الامهات

وأما الاطفال الذين يغذون صناعيا فيجب ان يكون اللبن مخففا بدرجة محدودة (لبن وماء أجزاء متساوية) مضافا اليه الزبدة أو القشدة وقليل من السكر حتى تكون نسبة هذه المواد فيه كنسبتها فى لبن الأم

يجب ان لايعطى الطفل المواد النشوية أو السكرية الا بعد بلوغه الشهر التاسع ويكون ذلك تدريجياً فى الشهر العاشر يُبدأ بأن يعطى له النشويات مرة واحدة فى اليوم وفى الحادى عشر مرتين يوميا مع اللبن لا كما هو المشاهد أذ تعطى النشويات فى جميع اكلات اليوم ويعطى له صفار (مح) البيض النصف نئ ابتداء من الشهر التاسع وفى أوائل السنة الثانية يعطى له علاوة على ذلك مرقة فراخ او لحم العجل مع قليل من الكرنب او الخص اوسمك او مخ مسلوق او الزبدة

وقد لوحظت حالات كساحة خفيفة من تخفيف اللبن بماء الشعير

وليس لماء الجير أى تأثير فى منع الكساحة أو شفائها إذ قد شوهدت حالات كساحة كان يعطى فيها ماء الجير . وأن اللبن البقرى مع تخفيفه يحتوى على كمية من أملاح الجير أكثر من الموجودة بلبن الأم

(٤) اعطاء زيت كبد الحوت ابتدأ من عمر شهر سواءأ كانت التغذية صناعية ام طبيعية ويعطى بالمقادير الآتية فى اليوم

العمر	المقدار من الزيت	المقدار كمستحلب ٥٠٪
لغاية شهرين	٢½ الى ٥ جرامات	٥ الى ١٠ جرامات
٢ ـ ٦ شهور	٥ الى ١٠ «	١٠ الى ٢٠ جراما
٦ ـ ١٢ شهر	٧½ الى ١٥ جراما	١٥ الى ٣٠ جراما

وفى بعض الحالات تحصل نزلات معوية معدية فى بادئ الأمر وخصوصاً عند من لم يتجاوز عمرهم الاشهر ولكن ما عدا ذلك لم يلاحظ شيء من استعماله

العلاج

(اولا) الالتفات الى التغذية وتقديمها كما سبق في الوقاية

(ثانياً) الرياضة وحالة المسكن

(ثالثاً) العلاج الضوئى سـواء أ كان بتعريض الطفل للشمس أم للاشعة بعد البنفسجية (Ultra violet Rays) فقد لوحظ ان كلتاهما على حدتها تشفى الـكساحة

وقد عملت تجارب عديدة بتعريض الطفل او جزء منه لأشعة الشمس او ضوئها واظن هذا هو السبب فى شفاء الكساحة فى فصل الربيع والصيف بدون اى علاج والسبب فى كثرة الكساحة فى فصل الشتاء في الممالك الاوروبية وللأشعة بعد البنفسجية تأثير شاف للكساحة فالتعرض لها يشفى الكساحة بدون داع للالتجاء معها الى التعرض للشمس أو تعاطى زيت كبد الحوت والنتيجة واحدة سواء أتعرض الجسم كله أم جزء منه فقط كالذراع أو الرجل وكيفية العلاج كالآتى : —

يعرض الجسم كل ثانى يوم للاشـعة ويُبدأ بأن تكون مدة التعريض خمس دقائق تزاد تدريجياً إلي ٣٠ دقيقة وتكون المسافة بين الجسم والجهاز أولا متراً ثم تنقص تدريجياً حتى تصير ٦٠ سنتيمتراً فقط

والمدة اللازمة للشفاء تختلف بين ثمانية أسابيع أو أقل ويظهر ابتداء الشفاء بين المرة التاسعة والخامسة عشر للتعرض للأشعة أى بعد ساعة أو أربع ساعات تعرض للأشعة ويتم الشفاء بين احدى عشرة واثنتين وعشرين ساعة تعريض للاشعة

وهناك تجارب على اعطاء لبن معرض لهذه الأشعة لمدة مختلفة ربما تسفر عن نتيجة حسنة

(٤) زيت كبد الحوت

لوحظ أنه يشفى الـكساحة بمفرده أى بدون داع للالتجاء الى العلاج الضوئى معه والمدة اللازمة للشفاء تتراوح بين شهرين وأربعة شهور وأفيد أنواعه هو النوع غير النقى القاتم اللون إذ يحتوى على كمية أ كبر من الفيتامين

ويبتدئ اعطاؤه بمقدار جرام أو جرامين من الزيت فى اليوم أو مثلا هذا

المقدار كمستحلب ٥٠٪ ويتدرج فى الزيادة حتى يصل مقدار ما يؤخذ من الزيت من ٨ الى ١٠ جرام فى اليوم بعد مضى اسبوع أو عشرة أيام

ويمكن الحـكم على تأثير العلاج (ا) بواسطة اختفاء بعض العلامات كمترفع عظام الجمجمة Craniotabes وتقدم اليافوخ المقـدمى فى الالتحام والنوم الهادى وتحسن الحالة العموميـة وفى بعض الأحوال لا تتحسن الحالة العمومية إلا قرب تمام الشفاء

(ب) بعمل صور أشعة لعظام الاطراف يمكن تتبع الحالة ومعرفة التقدم فى الشفاء من وقت إلى آخر فنجد أن العظام تظهر بشكل أوضح لزيادة رسوب أملاح الجير ويظهر رسوب أملاح الجير فيها عند اطراف العظام آخذاً فى الازدياد. وتعظم السمحاق التدريجى ويظهر مركز التعظم . وعند الشفاء ترجع أطراف العظام إلى حالتها الطبيعية

(٥) القسفور

وهو شائع الاستعمال في النمسـا ويعطي بمقدار $\frac{١}{٢٠٠}$ من القمحة وكان أولا يعطي مع زيت الزيتون ولحدوث نزلات معوية استعمل زيت السمك مكانه ويعطي كالآتى

زيت الفسفور	٠ر٢	مقدار ملعقة صغيرة مرتان يوميا
كبد الحوت	٠ر٢٠٠	

وهنا يلاحظ هل التأثير الشافي هو لزيت السمك أو للأثنين معا.وأما العقاقير التى تحتوى على أملاح الجير فلا تفيد فى الـكساحة أذ لا يمكن للطفل الاستفادة منها لعدم وجود الفيتامين المساعد على ترسبها بالعظام

ويستعمل الحديد والزرنيخ فى معالجة فقر الدم ويمكن اعطاؤهما كالآتى

سائل فولر	٠٥و٠	مقدار ملعقة صغيره ثلاث مرات يومياً
شراب الحديد النوشادرى	٠٦و٠	
شراب	٢و٠٠	
ماء لغاية	٥و٠٠	

ويعطي الاتروبين لمنع أو تقليل العرق

تتحسن وتقل بعلاج الكساحة وتنقطع تماما بشفائها

علاج التشنجات : —

التشنجات تتحسن وتقل بعلاج الكساحة وتنقطع تماماً بشفائها

فى التشنجات العمومية يستعمل الحمام الدافىء فى وقت النوبة

ويعطى البرومور فى التشنجات سواء أكانت عمومية أم جزئيـة ويمكن اعطاؤه مع زيت كبد الحوت كالآتى

برومور البوتاسيوم	١٢و٠	مقدار ملعقة صغيرة ثلاث مرات يومياً
ماء الجير	١ و٠	
جلسرين	٢٥و٠	
روح النعنعاع	١٠و٠	
زيت سمك لغاية	٥ و٠	

ويعطي اليوريتان (Urethane) فى التشنجات العمومية وله تأثير فعال فى تقليلها ويعطى بالمقادير الآتية

١٠ر٠ لمن عمرهم تسعة شهور ثلاث مرات فى اليوم وقد شوهد ان مقادير اقل من ذلك افادت في حالات كثيرة . لمن عمرهم سنة ونصف وفى الحالات الشديدة يعطى البرومور والكلورال بالمستقيم. فيعطى ١٢ر٠ من الكلورال كل ثلاث ساعات للطفل الذى عمره ثلاثة شهور و٣٠ر٠ لمن عمره سنة ايضاً وفي أغلب الأحيان مقدار

قمحة كل ثلاث ساعات من الفم يؤثر ولكن استعمال الكلورال من الفم يحدث ألتهاباً معدياً معوياً

وفى التشنج العضلى الذاتى (Tetany) يجب الانتباه أيضاً الى حالة الامعاء اذ لوحظ كثيراً أنه يسبق النوبة اسهال او تتغير فى شكل البراز

وفى التشنج الحنجرى الشخيرى (Laryngismus Studulus) يجب مراعاة عدم تخويف الطفل أو وجود أشخاص كثيرين بالغرفة لأن ذلك مما يساعد على زيادة عدد النوبات

وعند حدوث النوبة يرش الماء البارد على الوجه أو توضع مكمدة ساخنة على الحنجرة وان لم يفد يضغط على مؤخر اللسان بالاصبع فاذا لم تحصل نتيجة يعمل للطفل حقنة كافور والا فيعمل له تنفس صناعى ويجب عند انتهاء النوبة أن يوقف كل ما كان يعمل للطفل حتى لايخاف فتعاوده النوبة

وبعضهم يحبذ الحقن تحت الجلد بمحلول سلفات المانيزيا ٨٪ وبمقدار ١٥ الى ٢٠ سنتيمترا مكعباً ويكرر ثانى يوم إذا دعت الحال والمحلول غير مؤلم ولوحظ أن له تأثيرا حسناً جداً على هذه الاعراض العصبية ولا يجب استعماله إذا كان الطفل مصاباً بالتهاب مثانى أو كلوى أو التهاب سحائى مخى

ويجب الانتباه إلى حالة العظام فلا يصرح للطفل بالمشى حتى لا تتقوس الأطراف السفلى ولو دعى الحال الى استعمال الجبابر ويجب تفهيم الوالدين عن الضرر الذى ينشأ من المشى . ويستعمل التدليك للاطراف ويمكن أن يتريض الطفل وهو على هذه الحالة في عربة

وتقوس السلسلة الفقرية يمكن معالجته فى بادئ الأمر بأن ينام الطفل على ظهره فى سرير غير لين وبدون وسادة تحت رأسه حتى يكون الجسم في مستو واحد وفى الأحوال المتقدمة يرفع الجسم عند الحدبة بشىء صلب حتى يصير الرأس وباقى

الجسم فى مستو أوطأ منها ويكون لثقل الجسم الفائدة المطلوبة فى اعتدالها وفي الحالات الشديدة يعمل للطفل جهاز من الجبس أو خلافه ليلبسه حتي يتمكن من الجلوس ومع هذا يستعمل التدليك لعضلات الظهر

أما الاعوجاجات البسيطة فى الاطراف فانها تختفى ولا يظهر لها أى أثر بعلاج الـكساحة العمومى وأما في الحالات المتقدمة فتعمل لها جباير وجهازات زيادة على ذلك ويمنع الطفل قطعياً من المشى حتي تصبح العظام صلبة وقادرة على تحمل ثقل الجسم وأداء وظيفتها بدون أى تأثر

ويجب ملاحظة الطفل جيداً ومنعه من العادات غير المستحسنة والموجودة عادة في الـكساحة كوضع ساق على الاخرى وجلوسه فى أوضاع تزيد فى التشوهات الموجودة

ويجب الاسراع فى كل الحالات التي تحتاج الى جهازات أو جباير حتي يمكن بدء العلاج مبكراً اذ لافائدة من هذه الجهازات بعد السنة الثانية من العمر حيث تكون العظام صلبة بدرجة قل أن يرجى منها أى تحسن

وأما الحـالات التى تحتاج إلى عمليات جراحيـة لتقويم الاعوجاجات والتشوهات يحسن أن لا يبتدئ فيها العلاج إلا فى السنة الخامسة من العمر اذ يلاحظ أن العمليات التى تعمل قبل هذه السن تكون نتيجتها غير مضمونة والتشوهات التى تحتاج الى عمليات هي Bow legs & knock knee الصك والفلج

تشنجات الاطفال

للدكتور نجيب قناوى

التشنجات ليست مرضاً قائماً بذاته بل هى عبارة عن أعراض لامراض مختلفة تتصف بحصول انقباض وارتخاء غير ارادى فى عضلات الجسم وغالباً يكون الطفل فى هذه الحالة فاقداً لاحساساته وشعوره وهى مسببة عن تنبه المراكز العصبية فى المخ سواء كان هذا التنبه مباشراً كما فى بعض الأمراض المخية أو غير مباشر كما فى بعض الأمراض البعيدة عن مراكز المخ

هذه التشنجات معروفة من قديم الزمان من أيام (أبقراط) ثم قام العلماء فى الجيل الثامن عشر بدرسها درساً وافياً للوقوف على أسبابها ومعرفة سرها وكنهها وقد كانوا فى ذلك الوقت يطلقون اسم التشنجات على الاكلامسيا والصرع فقط ولكن لما بدأوا بدرسها والتغلغل فى معرفة أسبابها قسموها إلى جملة أقسام وفصلوها تفصيلا وهى على ما أظن معروفة عند العوام باسم (القرينة) وبعض الامهات يعتقد أن الطفل يتلبس بشيطان أوجان وهكذا من هذه الخرافات المضحكة والاعتقادات الفاسدة

الاسباب .

نظراً لعدم تكامل نمو المراكز المحركة فى المخ ونقص القوة الضابطة للاعصاب المحركة عند الاطفال الصغار قد تتنبه هذه المراكز لأقل حادث أو سبب فينشأ عن ذلك اصابة عضلة أوجملة عضلات بتلك الحركات التشنجية منتظمة كانت أو غير منتظمة

وتنحصر الاسباب فيما يأتى : —

اصابات فى المخ عند الولادة أو بعد الولادة كما فى الولادات العسرة أو حصول

صدمات بالرأس وفى الالتهابات السحائية وفي الاورام المخية وفى الاستسقاء الدماغى وسوء الهضم والامساك وفى مرض الكساحة والديدان المعوية والالتهابات الكلوية والتسنين والخوف والالم الشديد وضيق القلفة عند الذكور وضخامة الغدة التيموسية وأحوال تسممية سواء أكانت ميكروبية أم دوائية

ولما كانت هذه الأسباب التي ذكرتها كثيرة ومتعددة ومشتركة فى جميع أنواع التشنجات وربما تكون مشوشة للفكر أيضا رأيت لكي نصل الى حقيقة منشئها ولكى نفهمها بطريقة سهلة الاستيعاب أن نقسمها إلى الاقسام الآتية :—

١) أسباب مهيئة

٢) « مهيجة

فالأسباب المهيئة تنقسم كالآتى :

(ا) العمر. عدم تكامل نمو المراكز العصبية عند الاطفال الصغار وسرعة التغيرات فى نمو المخ عندهم وعدم ثبوته على حالة واحدة يجعل عندهم استعداداً قويا لهذه التشنجات ولذلك نراها أكثر حصولا عند الاطفال الصغار منها فى الكبار

(ب) الوراثة. كثيراً ما نرى تلك التشنجات تحصل للاطفال المولودين من أبوين عصبيين أو مصابين بأمراض زهرية أو درنية فلاقل سبب كارتفاع بسيط فى الحرارة أو أية حركة فجائية يتعرض اليها الطفل يصاب هؤلاء الاطفال بنوبة عصبية وقد رأينا هذا النوع كثيراً ما يتعدد بين أطفال عائلة واحدة (قد شاهدت حالة فقدت فيها الأم خمسة أطفال فى سنين مختلفة بهذا العرض)

(ج) بعض امراض توجد بعض امراض تهيىء الطفل لهذه التشنجات ومثل هذه الامراض الكساحة — الزهرى — الانيميا — ومرض المزاج التشنجى

(spasmophilia) الذى من أنواعه تيتانوس الاطراف (Tetany) وتشنج الحنجرة أو لسان المزمار والتيتانوس الكاذب وهذه الانواع تصيب الاطفال ذوى الاستعداد بين الشهر السادس والسنة الثالثه وهى نادرة الحصول قبل الشهر السادس

(د) نقص خلقى أواصابات مزمنة فى المخ . قد يشاهد عند الاطفال ذوى العاهات الخلقيه فى المخ تشنجات صرعية وتبتدىء النوبة عندهم باهتزازات فى الرأس والاكتاف من وقت لآخر ثم بعد ذلك يغيب الطفل عن وعيه ثم يفيق بصراخ مزعج وكلما تقدم فى السن كلما زادت عنده هذه الاهتزازات حتى تنتهى أخيرا بشكل تشنجات صرعية وهذا النوع من التشنجات يدل على انذار سىء كالعته والبله

الاسباب المهيجة

الاسباب المهيجة للتشنجات عديدة جدا ويمكن تقسيمها تسهيلا للفهم الى قسمين رئيسيين كالآتى :

أولا — أسباب وظيفية

ثانيا — أسباب عضوية

أنواع التشنجات الوظيفية :—

ا . تشنجات نتيجة تسمم

ب. تشنجات انعكاسية

فمثل أنواع التشنجات المسببة عن التسممات ما يلى :

(١) اكلامبسيا المولود الحديث. تحصل هذه التشنجات عادة فى الايام الأولى من حياة الطفل وهى مسببة من عدواه بالسم الذى يتنقل اليه من دم الأم الحامل للتوكسين بواسطة المشيمة مدة الحمل أو أثناء الوضع عند إصابتها بالاكلامبسيا أى أنه إذا أصيبت ام بالاكلامبسيا فيحتمل أيضا أن يصاب ولدها بتشنجات

بعد الوضع مباشرة وغالبا مثل هؤلاء الاطفال يموتون سريعا بعد الولادة او يكونون ضعاف البنية والخلقة وتمكث نوبة التشنجات عندهم من بضع دقائق الى عدة ساعات ولاتستمر النوبة أكثر من يومين وإنذار هذا النوع من التشنجات سيء فى الغالب (قد شاهدت حديثا حالة من هذا القبيل)

(٢) سوء الهضم — (ويجوز ان يقع هذا النوع فى القسم الخاص بالتشنجات الانعكاسية) ان ٦٠ فى المائة تقريباً من التشنجات عند الاطفال مسبب من سوء الهضم وهذه اما أن تأتى للاطفال الرضع الذين يتغذون غذاء طبيعيا أو صناعيا او للاطفال المفطومين نتيجة تسمم ذاتى فى الامعاء من مواد الاغذية المختلفة وغالبا تكون الا عراض مصحوبة بارتفاع فى الحرارة وتكون التشنجات من النوع الغير المنتظم

(٣) التسمم بمواد معدنية ونباتية قد تحصل تشنجات نتيجة تسمم الام أو الطفل بالادوية لان بعض الجواهر الدوائيـة التى تعالج بها الام تتسرب الى الطفل بطريقة اللبن . وقد اثبتت التحاليل الـكيماوية ايضا وجود الـكحول فى لبن الام المدمنة على تعاطى المشروبات الروحية كذلك يجوز حصول تشنجات للطفل من تناوله بنفســه جواهر سامة نتيجة وضعه فى فمه كل شيء يقع فى يديه وكذلك فأن الاستركنين والاتروبين والكوكايين تحدث عندهم تشنجات خاصة

(٤) التشنجات من التسمم بالميـكروبات — قد تحصل تشنجات كثيرة للاطفال نتيجة اصابتهم بأمراض معدية مختلفة مثل القرمزية والحصبة والالتهابات الرئوية ومرض الـكزاز والحمى التيفودية والملاريا والسعال وفى هذا المرض الاخير قد يجوز أن تكون التشنجات ايضا مسببة عن نزف فى المخ نتيجة السعال الشديد

اما التشنجات في التهاب الغدة النكفية والجديرى والدوسنطاريا والدفتريا فنادرة الحصول وتبدأ التشنجات فى مرض الحصبة فى أول ظهوره أما إذا حصلت فى الاسبوع الأول من المرض فانما تدل على وجود ارتباكات رئوية غالباً . واذا

حصلت التشنجات فى أول ظهور القرمزية فانها تدل على خطورة المرض نتيجة فعل سم الميكروبات فى الجسم. أما اذا حصلت فى الاسبوع الثانى أو الثالث فانما تدل على حصول ارتباكات كلوية . وفى الحمى التيفودية قد تحصل تشنجات غالباً فى الاسبوع الثانى

واما التشنجات الانعكاسية فاسبابها كثيرة ومتعددة وهى تأتى فى أحوال عدة مثل المغص بانواعه وتعرض الجسم الى درجات الحرارة المختلفة من دفء الى برودة وبالعكس فى الاصابات الشديدة للجسم مثل الكسور المركبة والحروق وفى ضيق القلفة عند الذكور والديدان المعوية ووجود أجسام غريبة فى الاذن والأنف واحتباس البول والتسنين.

الاسباب العضوية

هذه التشنجات تحصل من اصابات فى المخ مزمنة كانت أو حديثة أو وجود نقص خلقى فى المخ أو من اصابات فى المخ أو نزف أو وجود خراج أو اصابات أو من اصابات في الرأس عند الولادة العسرة أو ارتجاج فى المخ أو نزف أو وجود خراج أو التهابات السحايا أو احتقان أو استسقاء دماغى أو أورام مخية أو اصابات زهرية أو سدد دموية أو فى أحوال الانيميا المخية أمراض القلب نتيجة احتقان الاوعية الدموية فى المخ

تشنجات أخرى

قد توجد تشنجات مسببة عن خلل فى وظيفة الغدد الصماء وخصوصاً فى أحوال ضخامة الغدة التيموسية وتوجد تشنجات أيضاً غير ما ذكر ليس معروفاً سببها وهى تأتى غالباً للاطفال الذكور فى الايام الاولى من عمرهم وتكون فيها النوبات خفيفة الوطأة واذا تركت بدون علاج تشتد قوة النوبات وتستمر لزمن كبير

تلك أنواع التشنجات التى تكلمنا عنها تصيب الاطفال من يوم ولادتهم الى سن البلوغ أما مرض الصرع فغالباً يصيب الاطفال الكبار

الاعراض

سأذكر هنا الاعراض العامة اى المشتركة فى جميع أنواع التشنجات التى ذكرتها فأقول يلاحظ على الطفل أولا حركات خفيفة فى عضلات الوجه مع اصفرار فى اللون وحول فى العينين وارتجاف الشفتين وثنى الابهام على راحة الكف ثم يعقب ذلك حركات تشنجية غير ارادية فى احد الاطراف أو في الاطراف كلها منتظمة وقد تعم هذه الحركات جميع الجسم فيتيبس ويزرق الوجه وترتجف الايدى والارجل وتنطبق الاسنان بعضها على بعض ويزبد الفم وترتفع الحرارة خصوصاً فى الاحوال المسببة عن سوء الهضم ويضعف التنفس والنبض ويتغطي الوجه بالعرق البارد وتسمع حشرجة فى الصدر ثم تهيج هذه الاعراض بعد مضى فترة من الزمن فترتخى العضلات المتوترة ويصرخ الطفل ثم يبقي فى حالة ثبات وقد تستمر هذه النوبة من دقيقتين إلى نصف ساعة وأحياناً تزيد عن ذلك بكثير وفى بعض الاحوال تتكرر النوبة جملة مرات وتأتى نوبة على أثر نوبة ويكون ذلك سبباً فى نهوكة الطفل وضعف قوته وتعب جسمه أو اختناقه فيموت (قد شاهدت حالتين استمرت فيهما النوبات جملة أيام متوالية ليلا ونهاراً بدون فترات وقد نجا طفل فى احداهما ومات الآخر). وقد يتسبب فى بعض الاحيان حصول أنزفة فى المخ من هذه التشنجات

التشخيص التميزى لانواع التشنجات

يجب تميز أنواع التشنجات للوقوف على أسبابها فبعد أن يفيق الطفل من النوبة نبدأ بفحصه جيداً والبحث فى كل ماله علاقة بحدوث تلك التشنجات

والعمر . له دخل مهم فى تميز أنواع التشنجات . فالتشنجات التى تحصل فى الايام الاولى من حياة الطفل غالباً تكون مسببة عن اصابات فى الرأس أو كسور نتيجة ولادة عسرة أو من أمراض عضوية فى المخ أو من اكلامبسيا المولود الحديث.

ولا يبرح عن البال أن سوء الهضم قد يسبب في بعض الاحيان تلك التشنجات فى الايام الأولى من عمر الطفل . أما التشنجات التى تحصل بعد هذه السن فغالباً تكون مسببة من سوء الهضم بعيدة عن اصابات الرأس عند الولادة أو تكون مسببة عن أمراض مخية مختلفة أو عن أمراض المزاج العصبى (spasmiphilia) أو عن الامراض المعدية

ارتفاع الحرارة . ترتفع الحرارة غالباً فى أنواع التشنجات المسببة عن اصابات عضوية فى المخ كالتهابات السحايا أو فى بعض الأمراض المعدية أو فى سوء الهضم ولا ترتفع الحرارة فى التشنجات الصرعية

أعراض مختلفة . يمكن تمييز أنواع التشنجات من بحث الأعراض التى وجد عليها الطفل أثناء الاصابة فمثلا إذا وجدت حرارة الطفل مرتفعة خصوصاً بعد زوال النوبة وتنفسه سريعا والحلق محتقناً فغالباً تكون التشنجات نتيجة مرض معد خصوصاً فى الالتهابات الرئوية ومرض القرمزية وإذا وجد البطن منتفخاً مع ارتفاع في الحرارة فغالباً تكون التشنجات من النوع المسبب عن سوء الهضم واذا وجدت عضلات القفا متوترة وأحد الاطراف مشلولا والطفل يصرخ صراخاً عالياً حاداً فغالباً تكون التشنجات نتيجة التهاب السحايا

تكرر التشنجات . إذا تكررت النوبات ومكثت أكثر من ٢٤ ساعة فابحث عن أمراض الجهاز العصبى

وقد تتميز أيضاً بعض أنواع التشنجات بفحص سائل النخاع الشوكى

الانذار . الانذار يتبع الاسباب فاذا بقى المخ سليما فالانذار يكون حسناً وأما اذا أصيب المخ باحتقان أو نزف أو تكررت النوبات أو وجدت ضخامة فى الغدد التيموسية فالانذار يكون سيئاً . وتكرر التشنجات ربما يحدث ضعفا فى

الذاكرة يعقبه عتـه أو يحدث شللا وقتيا فى الاطراف مع عدم امكان النطق (افازيا) وهبوط فى القوى

العلاج . يجب عند مشاهدة طفل مريض بالتشنجات أن تعمل له الاسعافات الوقتية حالا بصرف النظر عن معرفة السبب حتى يفيق الطفل ويستريح من تلك الاعراض المؤلمة ثم بعد ذلك نبحث عن الاسباب حتى إذا ما عرفت يعطى العلاج المقاوم لتلك الأسباب ولذلك رأيت أن نقسم العلاج إلى قسمين

(١) العلاج الملطف

(٢) العلاج الشافى

اما العلاج الملطف فيحتاج لعمل الاسعافات الاولية لتزول أعراض النوبة وهذه الاسعافات تنحصر فى الآتى :

تنزع ملابس الطفل حالا ويغمر فى ماء ساخن الى عنقه . حرارته متوسطة (٣٧ بالميزان المئوى) . واذا وجد قليل من الخردل فلا مانع من وضع جزء منه فى الحمام مقدار ملعقة كبيرة ويدلك صدر الطفل أثناء وجوده فى الماء وتبل خرقة أو رفادة بالماء البارد أو الثلج لوضعها على الرأس ويستحسن اخراج الطفل من الحمام قبل أن يتنبه أو يفيق لئلا ينزعج وهو فى الماء فتحصل له نوبة بعد نوبة ثم يشرع فى الوقت نفسه بتفريغ أمعائه بواسطة الحقن الشرجية وعند ما نرى أن الطفل يمكنه البلع نعطى من الفم جرعة من زيت الخروع أو الزئبق الحلو وبعـد زوال النوبة يوضع الطفل فى مكان هادئ وتوضع فوق رأسه الرفادات الباردة أو كيس من الثلج وعلى أطرافه الزجاجات الساخنة

أما فائدة العلاج بالماء الساخن فمهمة فى تهدئة الاعصاب وتسكين الاضطرابات العصبية فترتخى العضلات المتوترة ولـكن لايجب استعماله فى كل الحالات لانه

خطر فى الاسهالات وأمراض القلب وفى الهبوط العام ويكتفى هنا باعطاء المنبهات كالحقن الجلدية بالكافور وخلافه

الغذاء . يجب ان يكون الغذاء سائلا خفيفا جدا فى الايام الأولى كماء الشعير أو مرق الخضار المصفى وعند الاطفال الرضع يجب منع الرضاعة مدة ٢٤ ساعة ويستعاض عنها بالغذاء المائى وبهذه الوسائل قد تزول النوبة وإذا تكررت فأنما تكون اسلم عاقبة وأخف وطأة من سابقاتها وإذا استمرت النوبة واشتدت التشنجات رغم تلك الوسائل التى سلف شرحها فيجب ان نلجأ الى المسكنات الآتية:

مسكنات بطريق الانف . يستنشق الطفل قليلا من الاثير او الكلوروفورم ولا يخشى منهما على حياة الطفل الصغير وفى الوقت نفسه تفرغ الامعاء بواسطة الحقن الشرجية

مسكنات بطريق الجهاز الهضمى . اذا قدر الطفل على البلع يمكن اعطاء الذى عمره لغاية سنة واحدة جرعة مكونة من ٣٠ سنتيجرام من بروموز البوتاسيوم مع ١٥ جراما من الماء المحلى بالسكر ويمكن تكرار هذه الجرعة كل ساعتين حتى تمتنع التشنجات

مسكنات بطريق الشرج . أحسن المسكنات التى تعطى من الشرج هى برومور البوتاسيوم والكلورال ويعطيان بالمقادير الاتية :

برومور البوتاسيوم من ٢٠ و ـــ ٥٠ وسنتيجرام } للطفل الذي عمره أقل من سنة
كلورال « ١٥ و ـــ ٢٥ و »

ماء أو مستحلب الصمغ العربى ٣٠ ـــ ٥٠ جرام

ويجوز اعطاء مقادير أقل مما ذكر فيما اذ اريد تكرار الحقنة جملة مرات فى اليوم الواحد وبعد السنة الاولى يمكن أعطاء البرومور من ٥٠ وسنتيجرام الى جرام واحد والكلورال لغاية ٥٠ و سنتيجرام فى الحقنه الواحدة وكلما ضعفت التشنجات قل مقدار الدواء

مسكنات بطريق الجلد . احسن المسكنات من هذه الطريق هو المورفين ولا يلجأ اليه الا عند الضرورة القصوى ليكون آخر خط دفاع لايقاف التشنجات ويعطى حقنا تحت الجلد بمقدار ٢.. ومليجرام أو $\frac{١}{٣٠}$ من القمحة لطفل عمره سنة واحدة فما فوق وواحد مليجرام او $\frac{١}{٦٠}$ من القمحة لطفل عمره أقل من ستة شهور وقد ينفع فى بعض الأحيان الحقن بالاثير تحت الجلد

و إذ استمرت التشنجات رغما عن هذه الوسائل فنلجأ الى البذل القطنى وهو أن لم يفد في العلاج ينفع فى التشخيص

العلاج الشافى . بعد أن يفيق الطفل من النوبات ويزول خطر التشنجات نبدأ فى بحثه جيداً لنصل الى معرفة سبب التشنجات فيعطي الدواء المقاوم للاسباب فنبحث فى تاريخ حياة الطفل لنعرف نوع ولادته سهلة كانت أو عسرة أو حصول صدمات بالرأس أو وجود استسقاء دماغي أو راشتزم أو أمراض زهرية أو صدرية أو قلبية ونبحث عن نوع الغذاء طبيعياً كان أو صناعياً أو مختلطاً وفى الجسم عن وجود طفح جلدى نتيجة أمراض معدية وفى الاذن لاكتشاف أجسام غريبة ثم نفحص القلفة والأسنان ونسأل عن وجود ديدان معوية وبالاختصار نبحث عن جميع أنواع التشنجات التى سبق ذكرها لاعطاء ما يقاومها

اما في أحوال تشنجات المولود الحديث التى تحصل فى الأيام الاولى من حياة الطفل فغالباً تكون مسببة عن إصابات داخل الجمجمة سواء أ كان ذلك نتيجة ولادة غير طبيعية أم غيرها فهى صعبة العلاج ولا يطلب فيها عمل المسكنات السابقة انما يعنى بتدفئة الطفل وتغذيته وبعضهم يستحسن فتح الجمجمة للعملية

اما اذا كانت التشنجات مسببة عن تسمم الدم نتيجة اصابة الأم بالا كلامبسيا فيستحسن في هذه الحالة ايقاف الرضاعة من لبن الام لبضعة أيام خوفاً من تسرب المواد السامة الى اللبن ويعطى الطفل لبناً مخففاً ومعدلا حسب عمره ثم يعود بعد

ايام الى الرضاعة الطبيعية كذلك فان علاج النقص الخلقى في المخ وضخامة الغدة التيموسية قليل الجدوى ولا تنفع فيه المسكنات الا وقتياً وذلك لايقاف التشنجات فقط فيستحسن فى هذه الحالة مراعاة تغذية الطفل وتقويته بالعلاجات المقوية مثل الحديد والزرنيخ وتبديل الهواء ويمكن اعطاؤه أيضاً خلاصة الغدة الدرقية

علاج الاطفال بالشمس

للدكتور محمد عبد الحميد بك

العلاج بالشمس طريقة قديمة حديثة فى آن واحد فهى قديمة لان فوائد الشمس معروفة منذ القدم وحديثة لأن الدكتور روليه قام حديثا فنظم طريقة العلاج بالشمس وجعل لها أصولا وقواعد . وأريد الآن ان أنقل للقراء آراءه فى علاج الاطفال بالشمس وبعض هذه الآراء سمعته من الاستاذ نفسه فى أثناء زيارتى له (بليسان) وبعضها مما قرأته فى الكتب والمجلات عن طريقته .

ليس العلاج بالشمس الا رجوعا للطبيعة وامتثالا لأوامرها التى ابعدتنا عنها المدنية الحديثة. وكلما توغلنا في هذه المدنية زدنا بعدا . لأن الطبيعة تقضى علينا لكى نكون أصحاء وتستكمل اجسامنا نماءها ألا نستغنى عن الهواء والشمس أسوة بالنبات والحيوان . . وهما ضروريان للانسان في جميع ادوار الحياة ولاسيما ذلك فى دور الطفولة

وقيمة العلاج بالشمس انما تكون بتأثيرها العام وبتأثيرها الموضعى . فأما التأثير العام فيتلخص فى أن الشمس مقوية ، مجددة النشاط ، منبهة قوى الدفاع ، تزيد حيوية الجسم . وتجدد انسجته. وأما التأثير الموضعى فيتلخص فى تخفيف الألم، واتلاف الميكروبات ، وتسهيل الالتحام ، وتعجيل الشفاء فى الامراض والجروح الموضعية

ويستعمل العلاج بالشمس فى كل أحوال انحطاط الجسم كالانيميا ، والضعف العام ، ونقص التمثيل اذ يحتاج الجسم الى شىء من التجديد . والعلاج بالشمس خير وسيلة لعلاج الكساحة والتدرن فى الاطفال ولا سيما فى أشكاله الجراحية . والتدرن الجراحى فى أشكاله المختلفة ليس مرضا موضعيا ينفع فيه العلاج الموضعى فحسب ، ولكنه أينما كان موضعه ليس الا عرضا موضعيا يدل على ضعف عام

ويتوقف نشوء التدرن لا على شدة العدوى وتعددها ولكن على قوات

الدفاع العامة ومقاومتها . فالتدرن الجراحي سواء أكان عظميا أم مفصليا أم فى الغدد أم فى الجلد أم فى البريتون فى الاطفال يسير الى الشفاء سيراً حثيثا بالعلاج الشمسى علاجاً قانونياً مع العلاج بالهواء . وليس تأثير الشمس فى مراكز المرض تأثيراً سطحياً كما يدعى بعضهم فصور الاشعة التى عند الدكتور روليه وهي لا تقل عن الأربعين ألفا تدل على أن الاصابة الدرنية لا تفلت من تأثير الشمس ولو كانت غائرة . وتدل هذه الصور أيضاً في كثير من أحوال التدرن العظمى المفصلى فى الاطفال التى تقدم فيها المرض فأحدث تلفا عظيما ، إن قوة الشمس كثيراً ما تعوض عن التلف وترجع التكاس العظمى لدرجة شديدة قد يدهش منها الانسان . ولا تقتصر فائدة الشمس على شفاء التدرن فقط بل لها تأثير عظيم فى الكساحة أيضا مما بينه روليه منذ سنة ١٩٠٣ ووافقه عليه الكثيرون من الذين دلت تجاربهم على أن ضياء الشمس يزيد فى مقدار الجير والفسفور في الدم زيادة لا تنكر

ومن التأثيرات العامة التى يحدثها الحمام الشمسى فى جسم الطفل ما يشاهد فى الجلد الذى له وظائف فسيولوجية هامة لأنه للوقاية ، وللافراز ، وللدورة الدموية وللأعصاب ، وللتغذية . فاذا عرض للشمس فى الهواء الطلق وقد ضمر من الملابس غير الصحية فانه يقوى ويتلون ويسترد جميع وظائفه الفسيولوجية التى فقدها والتى هى ضرورية للحياة الطبيعية ويصبح اللباس الطبيعى للجسم .

وللتلون الذى يحدث فى الجلد بتأثير الشمس شأن عظيم لأنه يزيد فى مقاومته للبرد والحر هذا الى أنه يسهل التئام الجروح ويزيد فى مقاومته لدخول الميكروبات فيه . وهذا هو السبب فى أن الأطفال ذات اللون الأسمر يكونون أكثر مقاومة للامراض الجلدية الميكروبية كالدمامل والاكنة مما يساعد على فتح باب العدوى لامراض أخرى أكثر خطراً . ويعتقد روليه أن المادة الملونة التى فى الجلد هي كالجامعة الكهربائية [1] كما اتضح من الاختبار ذلك لأن المقاومة تسير والتلون غالباً . هذا

---

(١) Dynamic Accumulator

الى أن التلون يقي الجلد من تأثير الأشعة ما بعد البنفسجية وينظم توزيع حرارتها وقد يكون للمادة الملونة شأن فى تمثيل الهورمون [١]

وللاشعة الشمسية تأثير عظيم فى الجهاز العضلى في الطفل. وذلك لأن الشمس تمدد الاوعية الجلدية وبذلك بسحب الدم من الاجزاء الغائرة الى السطح ماراً بالطبقات العضلية فكانت الشمس كالتدليك. وقد يستفيد المجموع العضلى شيئاً من القوة بما للاشعة الشمسية من الصدمة الاهتزازية على أطراف اعصاب الاحساس التى في الجلد وباسترداد العضلات والاربطة قوتها بواسطة تأثير الشمس قد تعود الى المفاصل وظائفها. وبذلك تعود الى الاجسام الصغيرة الضامرة التى أضناها المرض صحتها وعافيتها. وهذا هو ما يحدث فى الكساحة أيضاً. والعلاج بالشمس ولا سيما فى الجبال الشاهقة يحدث فى الاطفال نشاطاً فى الرئتين وبالتالى نشاطاً فى الدورة الدموية وكذلك يزيد عدد الكريات الدموية كما تزيد نسبة الخضاب الدموى (الهيموجلوبين) وبذلك تتحسن حالة الدم وحالة التغذية. وللشمس تأثير فى أعضاء البطن فتقوى شهوة الطعام، وتتنبه وظائف الهضم، وتزداد قوة المريض

وللعلاج بالشمس تأثير غريب فى عمل الغدد الصماء فقد كان أحد الاطباء فى ايجل [٢] يرسل الاطفال المصابين بعدم كفاية الغدة الدرقية الى ليسان للعلاج بأشعة الشمس وذلك قبل ظهور العلاج فى المصحات.

ويفيد العلاج بالشمس امراضا أخرى فى الطفولة غير التدرن الجراحى والكساحة لأن الشمس تتلف الميكروبات المرضية وتقوى النشاط الخلوى، وتسهل التحام الجروح، فهي أفضل مطهر لتضميد الجروح، ولهذا السبب كثيرا ماعالج بها روليه العوارض والكسور المضاعفة والالتهاب العظمي النخاعى. ويقول

---

(١) Hormone

(٢) Aigle وهى بلد في سويسرة وفيها محطة الترام الصاعد الذى يسمو بالانسان الى ليسان

إن الشمس كثيرا ما أفادت فى سد التجاويف العظمية الناشئة عن تربنة العظام فى الالتهاب العظمى

وللسبب عينه يمكن علاج اللوبوس، والاكزيما والامبتيجو، والاكنة وهذه الامراض يقاومها الجلد الاسمر كما ذكر

وللشمس تأثير نافع فى الشلل الطفلى فقد استطاع روليه أن يرجع للعضلات بعض قوتها وحركتها . ويقول إنه رأى عرضاً شيئاً من التحسين فى مرض لتل[1]

والانيميا والضعف العام عقب الامراض الشديدة والعمليات الكبيرة، كل ذلك يتحسن كثيراً بالعلاج بالشمس . فهذه الطريقة العلاجية لا يمكن الاستغناء عنها فى جميع مستشفيات الاطفال حتى لقد قال جوبير[2]

« ستحتاج غداً المستشفيات الجراحية إلى الطنف التى يعالج فيها المرضى بالشمس حاجتها اليوم الى غرفة العمليات والمعمل البكتريولوجى، وجهاز الأشعة المجهولة »

والعلاج بالشمس ممكن فى كل بلد تطلع فيه الشمس ولا يصح أن تحتكر البلاد ذات الطقس الممتاز هذا النوع من العلاج . ويمكن الجمع بين الشمس الطبيعية والشمس الصناعية حيث تغيب الشمس طويلا

ولئن أفادت الشمس فى علاج الامراض الشديدة كالتدرن الجراحى والكساحة فهى أكثر فائدة فى اتقاء هذه الامراض على ماظهر من التجارب والخبرة الطويلة وعلى ذلك يمكنك أن تحسب الشمس من أهم الوسائل الوقائية . وما هذه النتيجة الحديثة الا صدى الجملة القديمة المشهورة « البيت الذى تدخله الشمس لا يدخله الطبيب »

ومن المعلوم أن العدوى بالسل تحدث فى أثناء الطفولة حتى اذا وصلت الاولاد الى سن البلوغ كانت نسبة من تلوث منهم به ٩٥ فى المائة . ومن

---

(١) Little's Disease

(٢) Joubert

المعلوم أيضاً أن العدوى اما أن تكون عن طريق الرئتين واما عن طريق القناة الهضمية . ففى الحالة الأولى يتكون خط الدفاع الأول من الغدد اللمفاوية القصبية الشعبية . واذا كان خط الدفاع متينا والدفع قويا بقى العدو فى مكانه لا يستطيع التوغل وقد يتحصن الطفل ويؤمن جانب العدو فى المستقبل اذا حوصر فى مكانه وبما أن المعتاد أن يحدث التلوث بميكروبات التدرن فى الطفولة فالواجب اتقاؤه فى هذا الزمن . وخير وسيلة لهذا المرض هو الحمام الشمسى الهوائى

الزهرى الوراثى

للدكتور محمد سامى كمال
طبيب أول مستشفى رعاية الاطفال

مقدمة

الزهرى على العموم أكثر الأمراض انتشاراً واليه ترجع اسباب أكثر الوفيات وأكثر حالات الجنون والانحطاط العقلى والعاهات الخلقية وليس خطره موقوفا على من يكتسبون هذا الداء بالعدوى بل يتعداهم الى ذرياتهم وابنائهم واحفادهم الى رابع جيل من بعدهم فهو لا يكتفى بان يكون أعظم الأمراض الاجتماعية خطراً بل هو أعظم الأمراض الوراثية أيضا يتسلل الى الأجنة فلا يتم الحمل وتجهض الامهات. وان وضعت فالموت يقف بالمرصاد لهؤلاء الأطفال فيولدون موتى أو يموتون بسرعة في السنة الأولى. يقول مرفان (الرضاع ص ١٠) ان ٣٠ ٪ من وفيات الأطفال فى السنة الأولى مسببة عن الزهرى الوراثى ويعتقد أعتقاداً جازما أن هذا العدد أقل من الحقيقة لأنه لايدخل فيه الوفيات المسببة عن « تشنجات » أو « ضعف خلقى » أو ذبول وغيرها وهى فى الحقيقة أمراض زهريه. ويؤخذ من تقارير فورنييه أن ٤٢٪ من الأطفال المصابين بالزهرى الوراثى يموتون بالاجهاض أو في الطفولية الأولى - أما هر تينيل فيقدم العدد ٤٠٪

وقدم الدكتور هوخزنجر سنة ١٩١٠ تقريراً الى الجمعية الملكية بفينا يؤخذ منه ان من ٥١٦ حمل في عائلات زهرية مات ٣٠٨ حتى الأيام الأولى بعد الوضع فتكون بنسبة ٥٩ ٪ وأما الباقون فانهم وجدوا مصابين بعاهات وتشويهات مختلفة ولم ينج منهم سوى ٥٢ أي بنسبة ١٠ ٪ يمكن اعتبارهم أصحاء حين تقديم التقرير ولا يعلم مستقبلهم القريب والبعيد لأنه قد رؤيت عليهم عوارض مؤخرة

وقدم الدكتور جانس فى أمريكا سنة ١٩١٦ تقريراً عن ٣٣١ حمل فى عائلات زهريه انتهت ب ١٥٢ أحياء فقط ووجد من بين هؤلاء ١١٩ مصابون بعاهات

وتشويهات ولم ينج سوى ٣٣ أى بنسبة ١٠ ٪

وفى الحقيقة أن هذه النسبة ١٠ ٪ هى مقدار من يعيشون من الأطفال المصابين بالزهرى الوراثى بعد السنة العاشرة حسب احصاء مستشفيات باريس .

أما فى احصائيتنا فمن ٣٥٣٦ حملا مات ١٣٨٣ وحصل اجهاض ٥٢٧ فتكون نسبة الوفيات جميعا لدينا في العائلات الزهريه ٥٤ ٪

احصائيات :

	عدد الحمل	احياء	وفيات	اجهاضات ومواليد موتي قبل الميعاد	نسبة الوفيات والاجهاضات	نسبتها في الحالات العادية غير الزهرية
الدكتورلوريدى	١٠٠٠	٥٩٣	١٦٢	٢٤٦	٤١ ٪	؟
الدكتور هرمان	١٠٠٠	٦٠٠	٢٩٩	١٧٩	٤٨ ٪	٢٠ ٪
لنا من الالف حالة الاولى من مستشفى رعاية الاطفال هذا العام	١٠٠٠	٤٥٩	٣٩١	١٥٠	٥٤ ٪	٢٤ ٪

وقد يتكرر هذا الاجهاض عند الامهات فى اعمار مختلفة من الحمل مبتدئا بالقليل وقد ينتهى بولادات معجلة أو بمواليد موتى

كذلك الاطفال تموت ثم تموت بعد ذبول انما الوفيات تتعاقب مع امتداد فى الاعمار وتنتهي الام بان يعيش أخيرا لها طفل ان ظهرت عليه علامات الصحة فالمرض دفين فيه قد يظهره تحليل الدم ولا يلبث ان تظهر عليه اعراض أقل خطورة على حياته كلما ابتعد عن الاصابة الاولي للقرحة عند الاب أو الام أو الجد أو أبعد من ذلك فان لم تظهر الاعراض تكون التشويهات

لذا يجب دائما معالجة جميع الاطفال الذين يولدون من عائلات زهرية ولو لم تظهر عليهم علامات المرض

واذا ما اراد الطبيب ان يقدر تسلل المرض الى الاطفال فى عائلة مصابة بالزهرى فعليه ان ينظر الى تاريخ الاصابة فى العائلة وتاريخ ابتداء العلاج وقوة استمراره

وعند التفكير في حماية الطفل يجب التفكير أولا فى حمايته قبل ان يكون جنيناً . وان نسينا مؤتمر الطفل المنعقد فى جنيف سنة ١٩٢٥ فاننا لاننسى تلك الصيحة الحارة التى فاه بها الاستاذ المجرب بينار وحركت قلوب الاعضاء جميعاً حيث قال :

« احموا الجنين من الزهرى تحمون الاطفال »

اما نسبة المصابين بالزهرى من الاطفال فى مصر فقد أحصينا من الالف حالة الاولى التى تقدمت الينا بالمستشفى ٧٤٤ وجدت عندهم علامات وتشويهات زهرية فتكون نسبة المصابين ٧٤ ٪

فياحبذا لو وصلنا الى تحتيم تقديم شهادة تحليل الدم عند الزواج كما فى تركيا وايطاليا و بعض بلاد امريكا ! !

ثم يا حبذا لو وصلنا الى التبليغ الاجبارى (السرى) عن الحالات الزهرية كما فى اليابان !

بذلك كم تكسب مصر من ثمرات وكم نكسب عقولا ؟

وكم نكسب من مجهودات ضائعة فى معالجة بعض حالات لاشفاء فيها وتكسب الأمهات دموعا

واذا كانت الوفيات في مصر في الجيل الماضى ٥٠ ٪ من الأطفال الذين أعمارهم دون السنة ثم انحطت الى ٣٣ ٪ بفضل التطعيم الأجبارى فانها لاشك تنزل عندنا الى ٢٠ ٪ على الأكثر اذا ما حاربنا هذا المرض الوراثى الخبيث وتربح مصر مائة الف طفل على الأقل سنويا

تعريف الزهرى الوراثى

هو ذلك الزهرى الذى يتسلل الى الطفل من والديه اللذين يكونان مصابين بالمرض فى وقت تكوينه (فورنيه)

عوامل الزهرى الوراثى : اذا كانت المرأة وحدها مصابة ففى هذه الحالة قد لاتعدى الرجل انما يكون الجنين غالباً مصابا أو تظهر عليه بعض التشويهات الخلقية وتلك الأصابة والتشويهات تزداد وضوحا كلما كان الزهرى عندها فى دور من أدوار نشاطه

(٢) واذا كان الرجل وحده المصاب يعدى زوجته ويعدى الجنين وهناك مشاهدات يظهر منها ان ذلك المصاب الذى عولج من سنين وفحص الدم عنده ووجد سلبيا مراراً لايزال يسبب تشويهات للجنين لان الحمل يكسب الجرثومة النائمة قوة جديده لهذا يجب دائما علاج الحوامل علاجا قويا ابتداء من الأيام الأولى للحمل لغاية الوضع

وهنا نأتى بأحصائية مقارنة للوريدى (ص ١٣٧) :

	عدد الحمل	عدد الوفيات	اجهاض ومواليد موتى	نسبة الوفيات والاجهاض
امهات وحدها مصابات بالزهرى	٢١٩	٦٠	٥٣	٥١٪
آباء وحدهم مصابون بالزهرى	٢٥٨	٣٦	٤٩	٣٣٪

(٣) وأما ان يكون الاب والام مصابين معا فالزهرى يحدق اكثر بالجنين (٩٢٪ اصابة)

(٤) واما ان تكون الاصابة عند الام مدة الحمل فقط فتتحقق اصابة الجنين كلما اقترب ظهور القرحة من بدء الحمل وقد ينجو الجنين من الزهرى اذا ظهرت القرحة بعد الشهر السابع وفى هذه الحالة يجب الا ترضعه والدته

اما اذا ظهرت القرحة على الطفل بعد ولادته فيكون اكتسب المرض بطريقة العدوى لا بطريقة الوراثة وقد تحصل تلك العدوى اثناء الوضع

تعدد انواع الاصابات ووقت ظهورها

(١) قد تكون خطيرة لدرجة انها توقف الحمل فيموت الجنين

(٢) تلاحظ الاعراض على المولود منذ ولادته (وهنا تكون عادة من نوع الزهرى الثنائى)

(٣) لاتظهر علامات على المولود عند ولادته انما تظهر عليه بعد أسابيع قليلة وهذا هو الزهرى الوراثى المعجل وهنا قد تكون الاصابات من النوع الثنائى او الثلاثى

(٤) لاتظهر الامراض الا بعد سنين عند الطفل او الشاب وهذا هو الزهرى الوراثى المؤخر وهنا تكون عادة من النوع الثلاثى وقد تكون من النوع الثنائى او الرباعى

(٥) لا تظهر الا على شكل تشويهات عند الطفل بحيث لا يكون حاملا لجرثومة المرض اعني تريبونيم شاودن وهذا النوع هو الذى يسميه جوشيه بالنوع الخماسى ويصفه فورنيه بأنه الزهرى الوراثى المشوه وفى كلتا الحالتين الاخيرتين (٤و٥) يصح أن يأخذ المصاب عدوى زهريه جديدة

الزهرى الوراثى من البطن الاولى ـ يتسلسل الزهرى من الاباء الى الابناء مباشرة فينعت هذا بانه زهرى من البطن الاولى

الزهرى الوراثى من البطن الثانية ـ وليس هناك شك فى ان المرض يتسلسل أيضاً من هؤلاء الى اولادهم فيقال انهم مصابون بالزهرى من البطن الثانية وليس هذا النوع اقل خطراً من الاول انظر الى احصائية بير فورنيه :

فى ١١٦ عائلة مصابة بانواع مختلفة من الزهرى الوراثى حصل حمل ٣٦٧ مرة فكانت النتيجة كالآتى

١٧٥ اجهاض أو وفيات فى الاسابيع الاولى

١٦١ وجدوا مصابين بعاهات أو ظهرت عليهم علامات المرض

٠٣١ ظهروا كانهم أصحاء

الزهرى الوراثى من البطن الثالثة ـ كذلك يظهر المرض عند احفاد الاحفاد وهنا نأتى على مشاهدة للاستاذ جوشى لها قيمتها لأنه عالج فيها الجدود والاحفاد

(١) ابن لجد مات صغيراً عقب شلل سببه الزهرى (وصلت الاستعلامات للاستاذ بواسطة الابن)

(٢) الجد لم يأخذ الزهرى اكتساباً انما اخذه عن طريق الوراثة حول ـ تشويه اللسان ـ مات عقب نزيف فى المخ

(٣) الاب سليم من العاهات تزوج امرأة سليمة وجد عندهاتفاعل فاسرمان سلبيا لكنه وجد ايجابياً عند الزوج ـ وضعت منه ثلاثة اولاد

(ا) بنت عمرها ست سنوات بها انحناء فى العمود الفقرى ـ عقد فى الحلق والانف تباعد القواطع الوسطى العليا

(ب) بنت عمرها ست سنوات تقريبا عبيطة مشت متأخرة صفراء اللون فطساء الانف أسنانها منعزلة وسوداء ـ بعينها حول

(ج) ولد عمره ثلاث سنوات مصاب بنزلة معوية مزمنة ـ عملت له عملية استئصال الغدد خلف الانف

الزهرى الوراثى من البطن الرابعة ـ نأتى هنا على احدى مشاهدات لوريدى (انظر ص ١٣١ مشاهدة ١٤) ـ الجد الثالث مات بشلل

البطن الاولى

ولدان

الولد الاول

مات بانورسم عمره ٥٠ سنة

ثلاثة اولاد (ابنتان مجهول تاريخهما)

الثانية بنت

روماتزم مزمن ـ ربو وانفيزيم ـ ماتت عمرها ٧٥ سنة

ولدان

البطن الثانيـة

بنت

سمن عظيم ـ تمدد الاوردة بالساق وقرح بسببها ـ مرض الفيل ماتت من عدم تكافىء صمامات القلب

ولد	بنت
نبض بطىء باستمرار	اسنان هوتشينسون
قوة عضلية عظيمة ـ ربو	علامات بالاذن
انفيزيم ـ سوء هضم	روماتزم مشوه
عولج بالكالوميل	تصلب الشرايين
لا ولد له	

البطن الثالثـة

خمسة أولاد

بنت	بنت	الثلاثة الآخرون
سمن معجل أوذيما جامد فى الاطراف السفلى بيتيريازيس احمر	ورم فى عظم الفخذ شفى بعلاج الزهرى	طفوليةصعبة. كثرة اصاباتهم من عدوى وعند احدهم تقوس فى الساق

البطن الرابعة

طفل

نزلة معوية ـ تأخير فى النمو ـ صياح بالليل اكزيما على جميع الجسم

الزهري والزواج — لما كان فعل الزهرى على النسل خطيراً فقد قامت حملة الأطباء لايقاف تيار الزواج عند المصابين لغاية اتمام علاجهم وينصح الأستاذ

جوجرو للرجال بانتظار أربعة أعوام على الأقل بعد الاصابه بالقرحة على ان يكون تفاعل فاسرمان سلبيا ويشترط عدم ظهور أية علامة في السنة الأخيرة

أما المرأة فيشترط مع الشروط نفسها انتظارها ثمانية أعوام ولا يضمن حتى بعد هذا ان يكون النسل سليما

الزهرى والأرضاع — يجب على الأم أن ترضع ولدها والا تعطيه لغيرها لارضاعه الا فى الحالة التى قدمنا لأن هناك خطرا على مرضع سليمة اذا أرضعت مولوداً من عائلة مصابة بالزهرى حتى ولولم تظهر أية علامة على المولود ومهما كانت اصابة القرحة بعيدة لانا سبق وقدمنا أنه قد يظهر المرض على الطفل بعد زمن من ولادته وهو مايسمى بالزهرى الوراثى المؤخر وقد يتسبب منه عدوى المرضع

واننا ننصح فى تلك الحالات اذا استحال على الأم ارضاع ولدها ان يحلب اللبن من مرضع سليمة ثم يعطى للمولود فى ساعته بواسطة الثدى الصناعى

التشريح المرضى فى الزهرى الوراثى — قبل ان نبدأ بذكر العلامات الاكلينيكية نذكر هنا باختصار نتيجة التشريح المرضى فى الحالات الزهرية الوراثية الاكيدة ليتسنى لنا معرفة التأثيرات التى نراها على المرضى ونفهم سيرها عليهم فيسهل علينا أكتشافها وبالتالى علاجها . اذا القينا نظرة عامة على جميع الحالات الزهرية نرى اصابات الاوعية أساسا فيها جميعا والدقيقة منها على الخصوص قبل الكبيرة فى أغشيتها الداخلية والخارجية. وقد يحصل فيها انسداد وتقوم حولها أنسجة متضخمة تشتمل على التريبونيم في أكثر الحالات الزهرية الثانوية وفى بعض الثلاثية

وبجانب كثرة إصابة الأوعية نرى كذلك كثرة وجود النسيج الضمى الذى يلعب دورا هاماً كلما أتاح له الزمن وعدم علاج القرحة باحتلال لا يلبث أن يصيره ليفياً فتضعف الأنسجة المجاورة وتخنق وقد كانت مجهزة الى الانحلال والتصمغ بفضل التوكسين الزهرية وقد نشاهد حالات تكاد تنعدم فيها تلك

التكوينات المرضية فيصعب لأول وهلة تفسير أسباب الوفاة لكننا لانلبث أن نرى اصابات الأوعية الميكروسكوبية ونوعاً من السبتيسيميا بالتريبونيم

وهذا التريبونيم يصيب أى نسيج من أنسجة الجسم فى اى عضو من أعضائه ويخص منها ما كان أكثر نشاطا فى تكوين الجنين أو فى نمو الأطفال وفى الدفاع ضد الأمراض

اصابة المشيمة — اصابتها مهمة إذ بواسطتها تحصل العدوى للجنين . ونراها قابلة للفرك عظيمة الحجم يزيد وزنها عن سدس وزن الطفل المقدر لها فيصل الى الربع أو اكثر . أغشيتها سميكة تحدث التصاقات قوية بالاغشية فتنزع منها أجزاء عند فصلها منها. فلقاتها متضخمة على الأخص بجوار الأوعية التى يتغير شكلها وقد تحدث النزيف ومن هنا يمكننا تفسير بعض التشويهات العضوية والخلقية فاذا ماعظم النزيف مات الجنين ويمكن مشاهدة التريبونيم فى تعريجات الكوريون وخصوصا داخل الأوعية الشعرية

الحبل السرى — يكون لونه أحمر ومتضخما بنسبة الضعف أو الثلاثة أمثال بأوعيته التهابات تفسر لنا كثرة وجود السائل داخل الامنيوس وقلة تغذية الجنين وحالات ايقاف نموه وبعض تشويهاته

الجنين — يموت فينقع فى سائل الامنيوس ويظهر أحمر وسطح جلده متسلخاً

الكبد — يوجد مصابا فى أغلب الحالات

فى الدرجة الاولى من الاصابة يظهر الكبد محتقناً عظيما ومتكاثر الخليات حول الاوعية وفى درجة متقدمة يزداد التكاثر كذلك التهابات الاوعية فينتج منه تصلب حول الفصوص الكبدية ثم حول الخلايا فيظهر للعين كالحجر الصوان واذا قطع بسكين يظهر القاع لامعاً لايسيل منه بالضغط الا سائل قليل وقد يتجمع هذا النسيج الصلبي فيظهر على شكل حبوب بيضاء هى التى سماها فيرشو بالصمغ الدخنى

وقد يعظم حجم هذه الاصماغ أما فى حالات الزهرى المؤخر فقد يظهر الكبد كما يظهر عند الكبير كأنه مربط

كذلك البريتون حول الكبد يوجد متضخماً متصلباً وبالوريد البابى توجد التهابات تفسر لنا الاستسقاء الذى يوجد فى بعض الحالات

الطحال ـ يوجد متضخماً بنسبة ٧٧ ٪ حسب احصائيات مرفان الذى يعطى عن متوسط وزنه الارقام الآتية :

سن المولود	وزن الطحال فى الحالة الطبيعية	وزنه فى حالة الزهرى
عند الولادة	٩ جرام	٣٨ جرام
من ٥ الى ١٠ أيام	٧،١٠ «	٣٨ «
« ١٠ الى ٢٠ يوم	٩،٣٠ «	١٨ و ٣٤ «
شهر		٢٠ «

واذا قطعناه يظهر على سطح القطاع أصماغ دخنية قد تكون ميكروسكوبية

البنكرياس ـ يوجد مصابا فى كثير من الحالات الزهرية ويوجد التريبونيم فى النسيج الضمى وداخل الاوعية كذلك داخل جزيرات لانجرهانس

يظهر البنكرياس جامدا أبيض مائلا الى الزرقه

المعدة توجد غالباً مصابة ومن هنا يفهم كثرة النزلات المعدية والقىء عند الاطفال المصابين بالزهرى الوراثى

الامعاء ـ أقل اصابة من المعدة قد يظهر فيها الزهرى على شكل حلقات أو حبوب صمغية يمكن أن تتقرح وتثقب

والميكونيوم يحتوى على كمية عظيمة من التريبونيم

الرئه ـ قد يكون هناك احتقانات أو التهابات شعبية رئوية على الخصوص مبعثرة فى المنطقة الخلفية

أو تكون هناك التهابات شعبية رئوية مع تكبد أبيض بدون تمدد الشعب وهذا هو الالتهاب الرئوى الابيض الذى توجد به أصماغ أو تكون الالتهابات مصحوبة بتمدد في الشعب مع ازدياد فى النسيج الضمي وتصلب عظيم وفي هذه الحالات تكون الامراض الاكلينيكية كما في الدرن أو الغرغرينا اذا ما أصابها ميكروبات عفنة

الحنجرة ـ قد يسبب تشنج المزمار الوفاة عند الاطفال وقد يوجد على الحنجرة تقرحات يقابلها أعراض تشبه الدفتريا

الـكلية ـ توجد غالباً مصابة ولو لم يقابلها وجود زلال عند الطفل مدة حياته وأكثر الحالات التى يعبر عنها بالتهابات كلوية خلقية هى فى الواقع زهرية يوجد فيها الاصماغ أو الاكياس ويوجد التريبونيم على الخصوص داخل وحول الاوعية كما يوجد فى البول

الخصية ـ تصاب غالباً بطريقة واحدة دائماً كباقى الاعضاء أى أن التريبونيم يحدث التهابا بالاوعية ثم نسيجاً ليفياً قد ينتهى هنا الى ضمور الخصية التى قد يصحبها قيلة مائية واما ان تظهر الخصية عظيمة الحجم وتحتوى على أصماغ

الغدد ذوات الافراز الداخلى ـ هى مصابة دائماً ويوجد فيها التريبونيم بكثرة متزايدة وهذا ما يفسر لنا كثرة الحالات الاكلينيكية وانواعها المختلفة

القلب تندر اصابته الا اذا وجدت تشويهات وقد توجد أصماغ فى عضل القلب وقد تسبب تلك الاصابات بعض أحوال الموت الفجائى عند الاطفال

الغدد اللمفاوية ـ تصاب كثيراً وعلى الخصوص فى الزهرى المؤخر فيعظم حجم الغدد وتوجد الاصماغ بها

الجهاز العصبى ـ هنا الاصابات عادية وا كثر ما يرى التشويهات او نقص أجزاء من الجهاز العصبى المركزى

وقد يوجد التهاب سحائى مصلى يحدث استسقاء فيعظم حجم الدماغ أو توجد اصماغ في المخ والتهابات سحائية مخية تحدث الشلل العام

اما فى النخاع الشوكي فقد توجد التهابات منتشرة مع التهابات فى الاوعية أو منتظمة فى السيقان العصبية ينتج عنها عدم نظام الحركة والمشى (تابس)

اما السائل النخاعى الشوكى فيوجد فيه ازدياد واضح فى عدد اللمفوسيت

الحواس ـ فى العين التهاب القزحية والقرنية كذلك حيث يوجد الالتهاب خلالها وليس على سطحها فقط

وقد يشاهد ضمور عصب النظر وقد لا توجد المقلتان

الاصابات العظمية ـ توجد العظام مصابة بشكل واضح فى جميع الحالات

الجمجمة ـ تصاب فى ثلاثة ارباع الحالات اما بفقد تقرحي أو بتكوين عظمى وهذا التكوين قد يكون اسفنجيا أو جامدا فى عظم الجبهة أو فى عظم الجانبين أو فى عظم مؤخر الرأس فيحدث أشكالا مختلفة للجمجمة التى قد يعظم حجمها ويتأخر تعشق العظام فيها أو بالعكس تظهر الجمجمة صغيرة بسبب التعشق المعجل

اما الفقد التقرحى فاكثر مايشاهد على العظام الجانبية بجوار التعشق الاوسط وفي عظم مؤخر الجمجمة يكون العظم فيه رقيقا وهو ما يسمي بالكرانيوتابس

اما عظام الاعضاء فيحدث فيها التهابات والجنين داخل الرحم فى مناطق النشاط التكويني فى اطراف العظام تحت السمحاق

فى الدرجة الاولى منه يحصل تكاثف فى السمحاق كذلك يحصل هذا التكاثف فى اطراف العظام

وفى الدرجة الثانية يميل الغضروف الطرفى للعظام الى اللين وربما انفصل منه طرف العظم فيحدث ما يسمى بشلل بارو الكاذب

وفى الدرجة الثالثة ـ بعد الشهر السادس من العمر يفقد العظم جيراً (وقد

وجدنا فى حالة من حالاتنا فقد ٦ جرام من فوسفات الجير بالنسبة للتر فى البول عند طفل عمره ١٤ شهراً . تحليل الدكتور الضبع) فى الوقت الذى تتضحم فيه الاطراف وتقل متانتها

وفى هذه الدرجة يحصل عادة الكسر الذاتى للعظام الذى رأيناه قليلا جداً فى مصر ويحصل أيضاً الالتهاب العظمى النخاعى والزوائد العظمية

اما في العظام القصيرة فالتهاب عظام الاصابع يشبه فيها التهاب العظام الطويلة

والالتهاب فى هذه الحالات يرجع الى وجود التريبونيم الذى يوجد فى النخاع العظمى الطرفى وفى السمحاق

واذا كانت تلك الاصابات قرحية ومنكرزة كما يحصل في الانف فانه يحصل انخساف مبطط أو على شكل السرج كما يشاهد فى الحالات الزهرية المؤخرة

وفى الحالات المؤخرة يحصل فى العظام التهاب عظمى سمحاقى بسيط أو صمغى تحت السمحاق أو التهاب عظمى نخاعى صمغى مع بروز عظمى جسيم والتواء كما يشاهد في حالات الساق الشبيهة بالسيف وربما يصحبه كسر العظم فى الفخذ أو فى الفك الاسفل الخ .

الجلد — تظهر عليه فى الزهرى الثانوى حبوب هى فى الواقع عبارة عن تجمع خلايا دائماً حول الأوعية الملتهبة فيتكون من هذا المجموع حلمات وفى وسطها الوعاء مائلا الى الانسداد وقد ينسد فعلا فتنتهى اما بالامتصاص أو التقيح أو الى اتلاف الجلد

يوجد فيها التريبونيم بكثرة وعلى الخصوص قبل اتلاف الجلد

اما في الحالات الثلاثية فتظهر اصماغ هى عبارة عن تدرنات تشابه حبوب الرصاص (الرش) وقد تكون عظيمة وتنتهى اما بالامتصاص أو التقيح ويبقى لها اثرة التحام شبيهة بنجمة منخفسة

العلامات الاكلينيكية

العلامات الاكلينيكيه فى الزهرى الوراثى كثيرة جداً تقابل أنواع الاصابات المختلفة التى قدمنا ذكرها فى التشريح المرضى

وتلك العلامات لايمكن حصرها جميعاً انما نستعرض هنا بعضاً منها وجدت فى حالات زهرية أكيدة ثم نتكلم عن قيمة تلك العلامات

١ — الزكام — يبتدىء عند المولود من يوم ولادته أو بعد أيام أو اسابيع منها خفيفاً أولا ثم يزداد ويمكث من شهر الى ثمانية اسابيع وهو غالبا يكون مصحوبا برشح تقيحى مدمم أو غير مدمم يميل أحيانا الى الخضرة رائحته كريهة ثم يجف وتعلوه قشرة صفراء اللون وهذا الزكام لايصحبه أصابات عميقة ويشفى وحده بدون علاج

٢ — بمفيجوس الاكف والقدمين — يظهر قبل الولادة أو فى الأسابيع الأولى بعدها على شكل فقاقيع كحرق النار تنتشر مرة واحدة على الاكف والقدمين وربما صعدت الى الساقين والألية لونها لبنى لايلبث ان يخضر وربما امتزج الدم بالسائل الموجود داخلها وعندما تنفجر يظهر النسيج أحمر قاتما تكسوه فيما بعد قشرة صفراء أو صفراء حمراء

٣ — ضخامة الكبد والطحال — تدل على أصابة جدية من الزهرى فتكون خطرة لدرجة الموت أو تكاد تمر بدون جلب النظر لولا ان لون الطفل يظهر مغبراً فى وقت يقف فيه نموه ويأخذ فى الاضمحلال والضعف

٤ — يرقان المولود — يظهر ذلك اليرقان على ٨٠ ٪ من المواليد لذا سمى باليرقان الطبيعى لايصحبه أحمرار البول ولا انعدام لون البراز

انما يجب الا يمكث أكثر من ١٥ يوما والا عد مرضياً وهنا يكون للزهرى

الغالبية فى حدوثه

وأكثر مايشاهد فى المواليد الضعفاء ومن ولدوا قبل الميعاد أو الذين قاسوا أثناء الوضع أو تعرضوا للبرد



تضخم الكبد والطحال في حالة زهرية وراثية

٥ — سوء حال الأطفال — قد لاينمو الطفل بل يفقد من وزنه باستمرار بدون سبب ظاهر انما قد يعثر الطبيب بالاستقصاء على علامات أخرى تؤكد الأصابة الزهرية الوراثية

٦ — الصياح — هو صياح قوى عميق يدل على الألم — ناتج فى الغالب من آلام عظمية — يزداد ليلا ويشفى بعلاج الزهرى

٧ - التشنجات — تشاهد أحيانا عند الأطفال فى عائلةواحدةأوفي أولاد العم والخال ولذا تدخل ضمن الأمراض التى تسمى عائلية وأكثرالأمراض العائلية يرجع الى الزهرى لأنه أكثر الأمراض وراثة وتسلسلا

٨ — الصداع — لايمكن الجزم بوجوده عند الأطفال الصغار حيث لا يمكنهم الاخبارعن ألمهم انما يمكن ترجيح وجوده بازدياد آلامهم وصياحهم فى الضوءوقلتها فى الظلام

أما فى الطفولية الثانية فكثيراً ما يكون محلا لشكوى — يزداد ليلا ويشفى بعلاج الزهرى

٩ — شلل پارو الكاذب — وهو عبارة عن انفصال رؤوس العظام الطويله كما قدمنا ويسبب عن التهاب عظمى مجاور

وهـذا الانفصال يوقف الحركة فاذا مارفعنا الطفل من بين اكتافه سقط العضو المصاب كانه مشلول

١٠ — اللطخ المخاطية — نادرة عند الأطفال انما قد تظهر فى الأسابيع الأولى إما فى الفم أو على الاعضاءالتناسلية

١١ — الالتهابات الجلدية الزهرية — اشكالها كثيرة تظهر على أى بقعة من سطح الجسم وعلى الخصوص فى المناطق المجاورة للفتحات الطبيعية فاما أن تأخذ شكل حبيبات حمراء أو بثور لاتلبث ان تتقيح حول الألية على الخصوص أو شكل طفح حول الفتحات أو شكل التهابات نحاسية اللون أو التهابات فى ثنايا الاعضاء وعلى الخصوص خلف الاذن

وقد تحدث هرشاً وانزعاجاً عند الاطفال يزداد ليلا وقد لاحظنا اخيراً حالة من هذا النوع كانت تظهر فيها تدرنات وقتية اثر الحك وحبيبات رملية فى باطن الرجل وقد زالت جميعها بعلاج الزهرى فى ثلاثة ايام وكانت قدمكثت شهورا.وإما أن تظهر التهابات حمراء زال عنها الجلدمدورة تماما وحدودها منتظمة قائمة عمودية

على سطح الجلد تكون نتيجة لانفجار صمغات تحت الجلد

١٢ — التهابات الشفتين وحول الفم - وهو موضع مختار من الزهرى سواء أكان فى اركان الفم على شكل تشققات أم كانت تلك التشققات على الشفتين وحولها متجهة جميعها الي مركز تخيلى لفتحة الفم واذا ما شفيت فانها تترك اثرا قد يكون علامة طول الحياة ويوجد مثل هذه التشققات بجوار فتحة المستقيم

١٣ — الفيتليجو - وعلى العموم جميع الاختلافات اللونية على الجلد بسبب انعدام المادة الملونة فى مناطق من سطح الجلد (بقع الفيتيليجو) أو انعدامها بالكلية فى جميع الجسم كما يشاهد عند الالبينوس (عدو الشمس) أو تركيزها فى بعض مناطق كما فى النمش والميلانودرميا — كل هذه الحالات تنبئ عن احتمال الاصابة الزهرية الوراثيـة

١٤ — التهاب الخصية - يظهر فى الايام الاولى بعد الولادة أو يكون مؤخراً تتضخم الخصية أولا ثم تضمر ثانياً وينتشر فيها النسيج الليفى فيعيق نمو الخصية ويضعف حجمها وقد يكون هذا الالتهاب سبباً فى العقم

أو تلتهب بعض الغلافات فتتكون القيلة المائية

١٥ — اللسان الصفنى أو اللسان النباتى - هو ذلك اللســان الخلقى الذى يظهر مشققاً على شكل ورق الشجر أو الصفن

١٦ — اللسان الجغرافى - يظهر على سطح اللسان مناطق تأخذ شكل الخرط الجغرافية يسقط فيها الغشاء المخاطى فى حدود عمودية

١٧ — تضخم الغدد اللمفاوية بالذراع فوق الـكوع - وهى علامة تشـاهد كثيرا لها قيمتها اذا ما كانت مزدوجة ولم تكن ناتجة من التهابات جلدية فى اليدين

١٨ — الانزفة - كثيرة عند الاطفال المصابين بلزهرى الوراثى - تظهر فجأة وبغير سبب بالانف أو الامعاء أو الفم أو تحت الجلد

١٩ — الضعف الخلقى - يجب التفكير فى تلك الحالات عن امكان وجود

الزهرى الوراثى فى حدوثها وقد وجد الدكتور ديمانش والدكتور دبرى تفاعلا واسرمان ايجابيا فى ١٧ حالة من ٣٥ عرضت عليهما

٢٠ — المعلومات المستقاة من العائلة ـ نفيسة جدا فوجود اعراض فى عائلة واحدة كالانيميا والتشنجات وبعض التهابات جلدية تلفت النظر كثيرا

كذلك وجود حالات مرضية غريبة وعجيبة أو تأخر نمو أحد الافراد أو بالعكس وتلك العلامات قد تتعدد فى العائلة ولا يعرف لها سبب

هذا طبعاً فضلا عن كثرة وفيات الاطفال والاجهاضات المتكررة ووجود التوائم الخ

٢١ — اصابات العظام وتشويهاتها ـ نادرة عند المولود لكنها كثيرة فى الطفولية الاولى والثانية وعند الكبار

أما عند المولود فتكون ذات قيمه عظيمة وهنا تظهر على شكل راشيتسم خلقى أو ما يسمى بالكرانيوتابس سواء أكان خلقيا أم كان ظهوره مؤخراً عند الرضيع فى الاشهر الاولى تظهر فيه بعض مناطق الجمجمة لينة لها مقاومة الصفيح فتهبط عند الضغط ثم ترتفع ويشعر بها الاصبع تماما.

واذا ما اصاب الزهرى العظام الطويلة وهو الغالب حدوثه فانه يسبب آلاما وضخامة فى رؤوسها قد تحدث بروزا أو تضخما عموميا فى العظم وقد تتقيح وتتنكرز (فى الالتهابات العظمية السمحاقية) أو تظهر بارزة على الخصوص على عظم الساق ثم تلين وتنفجر وتتقرح وان شفيت تترك اثرا على العظم بفقده جزءا من مادته (التهابات صمغية) واذا ماوجدت في أعلى الفم فانها تحدث ثقبا فيه أو تصيب العظم والنخاع معاً فيعقبها أحيانا ضمور فى العضل أو قصر فى العظام الطويلة

٢٢ — التهاب عظم الاصابع ـ يظهر على شكل السبينا فنتوزا الذى قد يتقيح ويحدث نواصيرا

أو يكون عاما فى جميع الاصابع فيظهر اليد متورمة فى العقل دقيقة المفاصل وهى علامة لم نرها فى غير الاصابات الزهرية (انظر الرسم)

٢٣ — مرض يوت ـ ليس كل اصابة منه درنية فقد تكون زهرية احيانا

٢٤ — الراشيتسم ـ له علاقة بالزهرى عظيمة جدا ـ ذكر بارو قديما أنه علامة من علاماته انما قامت ضده حملة شعواء لدرجة انهم اخرجوا الراشيتسم من الزهرى والآن يقول الاستاذ بنيار «ان أغلب الاطفال المصابين بالراشيتسم يولدون فى عائلات زهرية»



ويستخلص الاستاذ مرفان ان أغلب حالات الراشيتسم مسببة من الزهرى اما فى مشاهداتنا الخاصة فتكاد تنطبق احصائياتنا فى الزهرى الوراثى والراشيتسم

٢٥ — تشويهات الجمجمة ـ تصيب أى جزء منها



تشويه جمجمة في حالة زهرية وراثية
يظهر فيها الجبهة البارزة وطول المحور الامامي الخلفي والرأسى معاً

(ا) تشويه الجبهة ـ هو الاكثر حدوثاً فاما ان تظهر بارزة في مجموعها الى الامام أو يكون هناك بروز فى الوسط يقسم الجبهة الى قسمين أو يكون ذلك البروز من الجانبين للعظم على شكل حدبتين



عظم المحور الرأسى

(ب) تشويه العظام الجانبية للجمجمة ـ اما ان تبرز الجوانب ويتسع المسطح الاعلا للرأس فيعظم المحور الافقى الجانبى يحده صنمتان واما ان تتحدب العظمتان من اعلاه وينخفض ما بينهما فى قناة وهذا التشويه هام جداً فانه لايرى فى غير الزهرى الوراثى

(ج) قد ترتفع قمة الجمجمة كثيرا فيطول المحور الرأسى أو يطول المحور الافقى من الامام الى الخلف أو يصغر حجم الجمجمة أو تظهر كروية الشكل

(د) أو يبرز عظم مؤخر الرأس فيظهر مرسوماً وتشعر به اليد تماما

(ه) وكثيرا ما يكون التشويه غير منتظم من الجانبين فتظهر الرأس غير منتظمة

(و) استسقاء الدماغ ـ هو علامة اكيدة للزهرى فى حالات الاستسقاء الخلقى

٢٦ ـــ تشويه العظام الطويلة ـ قد تطول العظام كثيرا أو تقصر كثيرا وقد يزداد عدد اصابع اليد أو القدمين وقد تلتصق ببعضها

وقد تتشوه الايدى فى حالات الروماتزم الزهرى المؤخر عند الكبار فتظهر الاصابع كأن قذف بها ريح نحو البنصر

٢٧ — علامة الساق الشبيه بالسيف ـ وهنا يقل فيه القطر الجانبى لعظم الساق مع التواء وانحناء فيه وهو تشويه لايوجد الا في الزهرى الوراثى

٢٨ — اصابات الجهاز العصبى

(ا) الصداع والتشنجات ـ تبتدىء فى الطفولية الاولى وقد تنتهى بنوبات حقيقية من الصرع بعد ذلك فى الطفولية الثانية وما بعدها

(ب) الالتهاب السحائى ـ يكون مماثلا تماما للالتهاب السحائى الدرنى انما يكون اكثره في السنة الاولى اما الالتهاب السحائى الدرنى فيكون اكثره بعد تلك السن

(ج) الشلل النصفى ـ يكون خلقيا يعالج تماما بعلاج الزهرى ويزول على شرط ان يعالج فى السنين الاولى

(د) الشلل العام عند الاطفال يقل فيه الذكاء شيئا فشيئا مع وجود صداع وارق وضعف في العضل مصحوب بارتعاش وتضعف الذاكرة ثم تظهر تشنجات تودى بالحياة ومدة هذا المرض لا تزيد على اربع سنوات

(ه) شلل الأطفال النخاعى ـ كثيراً ما يحدث لهم وتكون نتيجته اصابات زهرية فى المناطق الخلفية من اعصاب النخاع

(و) مرض ليتل ومرض فريدريش وضخامة العضل الكاذبة (كما فى بعض مشاهداتنا الخاصة)

(ز) الضمور العضلى نوع اران دوشين ـ عمل الدكتور كادوالدر والدكتور كورسون ويت احصائية عن ٢٧ حالة وجدا منها ١٣ بتفاعل واسرمان ايجابى

(ح) الصرع ـ كثيراً ما يحدث من الزهرى الوراثى ويمكن التثبت من ذلك بواسطة أشعة رنتجن التى تظهر بروازاً فى لوح الجمجمة الداخلية وقد لا يكون هناك

صرع حقيقى انما تشاهد فقط حالات وش فى الاذن ودوران ودوخة وقد تتناوب مع نوبات الصرع الحقيقية

(ط) الفعل المنعكس ـ قد يبطل فعله في الركب وفى العين بالنسبة للضوء

(ى) التابس ـ أوعدم انتظام الحركة ـ يشاهد عند الاطفال فيبتدىء ببطلان الفعل المنعكس وهو لا يحدث الا من الزهرى

(ك) ضعف الذكاء ـ بان يكون الاطفال فى ذكائهم اضعف بكثير عمن يماثلهم فى سنهم

(ل) التهتهة فى الكلام والروبصة او الحركة والكلام فى النوم ـ توجد احياناً فى الحالات الزهرية الوراثية

(م) الصمم ـ يجىء فجأة ليلا فى احدى الاذنين او فيهما معاً اويحدث شيئاً فشيئاً وان ولد به الطفل ينتج عنه بكم كذلك

٢٩ ـــ اصابات العين

(ا) التهاب القرنية الخلالى ـ هو التهاب يبتدىء في الدور الاول برشح من اللوكوسيت داخل القرنية فتكون عتامة عليها ومدته ثلاثة اسابيع وفى الدور الثانى تظهر أوعية فى تلك المنطقة الملتهبة وتمكث مدة لاتقل عن ستة اسابيع وفى الدور الثالث يحصل الامتصاص وتختفى الاوعية انما يتبقى سحابة على القرنية تعيق النظر اما قليلا أو كثيرا وتلك السحابة تسمح فيما بعد بعمل التشخيص للمرض

(ب) وقد تلتهب القزحية والكورويد وربماحصلت هذه الالتهابات مؤخراً فى حياة الانسان كما فى المشاهدة الآتيه :

مدرس عمره ٣٥ سنة أصيب بالتهاب مزدوج فى القزحية منذ سنة ١٩١١ حوله الينا الدكتور سالم هنداوى في ٢٥ يناير سنة ١٩٢١ لفحصه من الوجهة الزهرية حيث وجدت عنده الشبهة

التاريخ الوراثى ـــ جد وعم ماتا بالسل الرئوي ــ الاب عمره ٥٥ سنة صحته جيدة الام بصحة جيدة وضعت ١٤ مرة وأجهضت مرتين أو ثلاثة مات لها ٦ أولاد فى طفوليتهم ثم بنت كبيرة ماتت بالقلب وطفل موجود فقد أحدى العينين تعتريه نوبات تشنجية وهو عبيط تقريبا

فحص المريض ـــ لم نعثر الا على سقف الحلق المحدب الشبيه بمقدمة القارب فقررنا إنها أصابة زهرية وراثية تستدعى العلاج ـــ وعمل تحليل الدم فكانت النتيجة سلبية ـــ فتركنا ورضى بما عرضه عليه احد الاطباء وعمل عملية وقد كان حذره أحدنا الدكتور سالم هنداوى من ذلك فتلفت العين التى عملت فيها العملية

ثم ذهب مرتين الى فينا للمعالجة فعملوا له تحليل الدم مرتين فكانت النتيجة سلبية كذلك فعولج هناك بالحقن بواسطة التوبركولين واستمر على نفس العلاج فى مصر ولكن بدون فائده

أخيراً حضر الينا فى ١٦ ديسمبر الماضى فقررنا مارأيناه سابقا فقبل العلاج فاستعملنا معه الحقن بواسطة السولفارسينول ولما كان يغيب في بعض المرات ساعدنا الحقن بتعاطى الستوفارسول من الفم فاخذ لغاية ٢٨ يناير من هذه السنة أى فى مدة ٤٣ يوماً ٦٤ ، ٢ جرام سولفارسينول على ثمان دفعات متزايدة المقادير و ٦ جرام ستوفرسول وكانت النتيجة الشفاء التام من التهاب القزحية شفاء مكنه من مزاولته عمله بعد انقطاعه عنه سنوات

وانا نستلفت الانظار الى تلك المشاهدة لانها تظهر بكل وضوح ظهور الاعراض الزهرية الوراثية المؤخرة سنين طويلة بعد الولادة وتأثير العلاج الشافى عليها

ولأنها تعلمنا الا نستنتج عدم وجود المرض بالنتيجة السلبية لبحث واسرمان وتقنعنا بان البحث الاكلينيكى فى هذه الحالات له المقام الاول

٣٠ ـــ التهاب الأذن الوسطى ـــ كثيراً مايشاهد هذا العارض عند الاطفال فى العائلات الزهريه فتتقيح وتكون رائحتها كريهة

وقد شاهدنا حالات من هذا الالتهاب أزمنت سنين وعولجت بطرق مختلفة بغسيل ومطهرات لم تلبث معنا اسبوعا بالعلاج الزئبقى

٣١ — أصابات الرئة — تكون منتشرة في الرئة أو تركز فى مواضع قد تحدث فيها كهوفا شبيهة بكهوف الدرن يشتبه فيها التشخيص

٣٢ — أصابات القلب والاوعية —

(ا) تتضخم الأورطة أحياناً فتظهر بالاشعة الى يمين المسقط الرأسى ويسمع نفخ فى الدياستول يدل على عدم كفاية الصمامة

(ب) وقد يوجد ضيق خلقى فى الميترال يصحبه قلة نمو الطفل وفقد زائدة القص

(جـ) مرض رينو — وهو عبارة عن اسفكسيا الاطراف مصحوبة بأوزيما وألم فيها وقد يتناوب مع هذه الاعراض ظهور الهيمو جلوبين في البول

(د) المرض الازرق الذى يقابله فى التشريح وجود خرق بوتال

(هـ) وهناك حالات لا تظهر فيها أعراض فى القلب انما يكون فيها النبض صغيرا وتبرد فيها الاطراف أو تزداد كثيرا دقات القلب بطريقة متقطعة — أو تكون غير منتظمة

(و) تمدد الاوردة الموجودة على سطح الجلد — وأكثر ماتوجد فى الدماغ أو الجبهة أو الصدر أو البطن بدون العثور على سبب ضاغط لحدوثها

(ز) تمدد الشرايين — فيحدث انيورزم

٣٣ — اصابات الجلد والاظافر — قد تظهر فى بعض الاحيان صلبة متيبسة

٣٤ — اصابات المعدة والامعاء — اعراضها الا كلينيكية ذلك القىء المستعصى الذى يزول بعلاج الزهرى وذلك الاسهال المخاطى الدوسنطارى الذى يزول كذلك بنفس العلاج ونذكر هنا اصابة طفل باسهال لم ينقطع بالطرق العادية فى العلاج مدة أسبوعين استعملنا معه المرهم الزئبقى ويودور البوتاسيوم من الداخل فوقف الاسهال فى الحال (مشاهدة نمرة ٦٠١٠ بمستشفى رعاية الاطفال سنة ١٩٢٦)

٣٥ — تسلسل البول ـ يشاهد كثيرا فى الحالات الزهرية و يعالج و يشفى بالزئبق

٣٦ — التشويهات الخلقية العامة ـ تحدث من نقص أو ازدياد فى افرازات الغدد الداخلية فينتج عنها تشويهات مختلفة لا نأتى على ذكرها فى هذه الرسالة المختصرة ومن تلك التشويهات العامة ذلك الذبول والسمن المصحوب بقلة حراك الطفل

٣٧ — التشويهات الجزئية ـ

(١) تشويه الانف ـ الذى قد يصغر و يرتفع أسفله الى أعلى فيظهر كأن أصبعاً ضغط على جذعه فبططه

أو يظهر على شكل السرج (الانف السرجى)

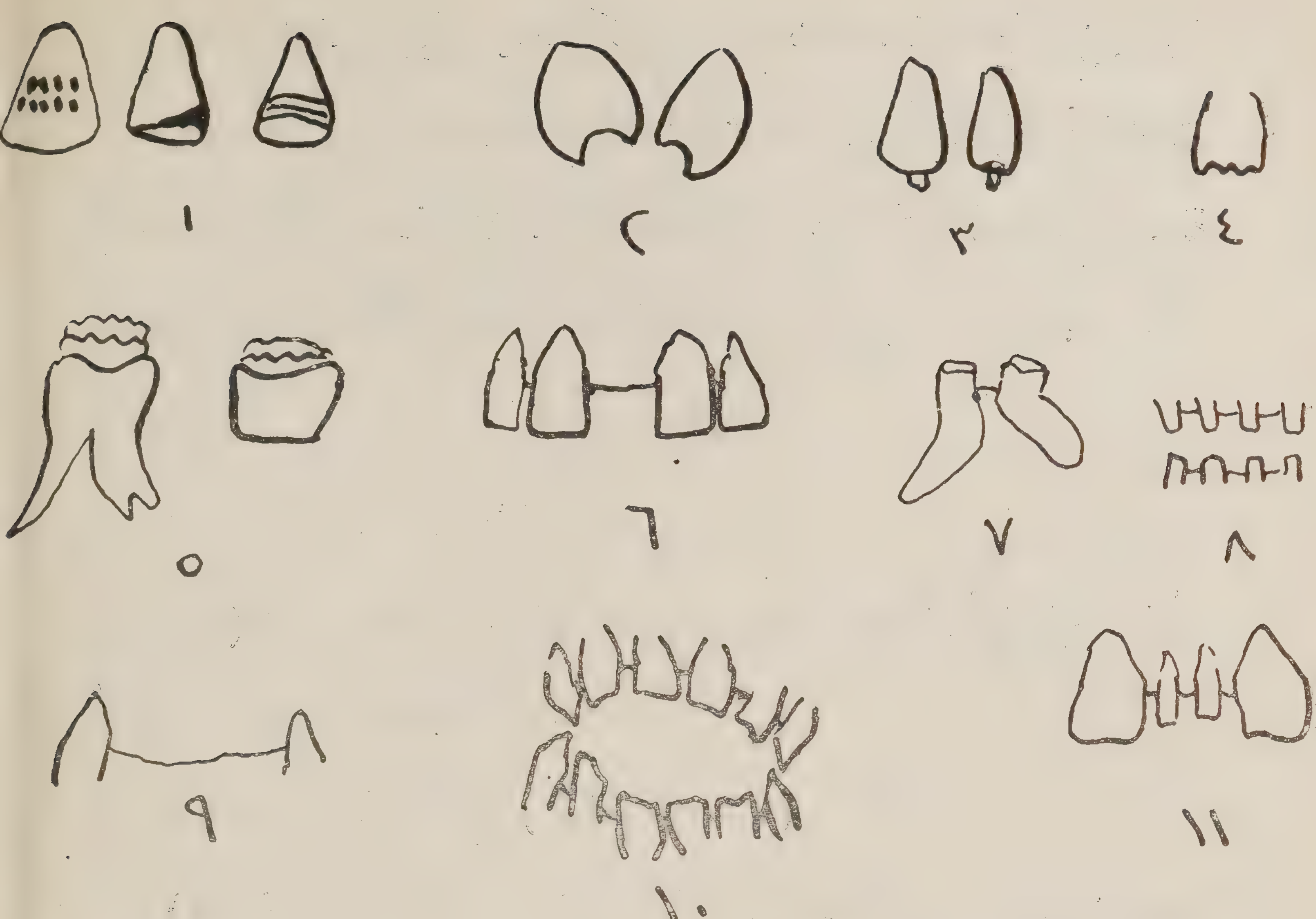
(٢) تشوهات الراشيتسم التى ذكرناها ـ نزيد عليها هنا تشويهات القص الذى قد ينخفس فى قناة رأسية أو يظهر على شكل قمع السكر أو تظهر زائدته بفلقتين أو تنعدم وتشويه سقف الحلق وهو علامة مهمة حيث يعلو و يتقوس من الجانبين فيكون شبيها بمقدمة القارب

(٣) تشويه الشفة ـ تظهر على شكل شفة الارنب ولذا سميت بالشفة الارنبية

(٤) تشويه العيون ـ نقصد هنا الكلام على الحول الذى كثيرا مايوجد النظر الى حالات زهرية اكيدة

(٥) تشويه الاذن ـ التى قد تكون مدورة أو بالعكس طويلة وقد تتغير كثيرا تعاريجها أو تكون كبيرة سهلة الاهتزاز

(٦) تشويهات الاسنان — وهى كثيرة نقدم هنا رسم نماذج كثيرة بتعدد اشكالها



١ — تأكل الاسنان — ٢ اسنان هوتشينسون القواطع العليا — ٣ تأكل مع بقايا — ٤ اسنان شكل المنشار — ٥ تأكل الطاحنة الاولى — ٦ تباعد القواطع الوسطى العليا — ٧ التواء الاسنان — ٨ تباعد مع صغر حجمها — ٩ عدم بروز الاسنان — ١٠ عدم احكام انطباق الفكين — ١١ صغر حجم بعض الاسنان

٣٨ — وهناك امراض كثيرة او اعراض يرجعونها الى الزهرى الوراثى ـ نذكر منها هنا الربو والانفيزيم والميتجوسيل وعدم وجود فتحة المستقيم ـ وخلع عظم الفخذ الخلقى واليد الملتوية والرجل الملتوية والايكتيوزو والوحمات والاكياس الجلدية (درمويد) والارتيكاريا المزمن ومرض بازدوف والبروريجو والبول السكرى ونحول شعر الرأس

٣٩ — السكوريا ـ يرجح كثير من الاطباء نسبة هذا المرض الى الزهرى الوراثى وانا نستبعد هذه الفكرة لاننا لم نشاهد حالة واحدة في مصر من السكوريا مع كثرة الاصابات الزهرية ونسبتها ولو كان هناك اى علاقة لكنا رأيناها حتما

٤٠ — مشاهدات خاصة ـ وقد رأينا بعض اعراض يكثر انتشارها بين الاطفال المصابين بالزهرى الوراثى ولم نرها مدونة فى الكتب ولا فى المجلات الطبية نذكر منها

(ا) كثرة اللعاب الذى قد يزداد الى درجة عظيمة فيبلل ملابس الطفل وربما كان سبباً فى اصابته بنزلات صدرية ـ يوقفه العلاج بالزئبق

(ب) احمرار بياض العين المزمن ويشاهد بنسبة أقل من سيلان اللعاب يظهر فيه ذلك البياض كأنه محقون بالدم حقنا خفيفاً ولا يظهر ذلك البياض الناصع المائل الى الزرقة ـ وقد شاهدنا مراراً هذه العلامة فى افراد عائلة واحدة من كبيرهم الى صغيرهم

(ج) الانقباض او (الحزق) كما يسميه العامة وهو منتشر ويضعون له حسب اعتقادهم « حزاقة » وقد رأيناه يزول بالعلاج الزئبقى

(د) المرض الموغولى ـ ارجعه بعض الاطباء الى الزهرى الوراثى وقد وجدوا في التشريح المرضى علامات اكيدة تحتم تلك النسبة انما هناك شك كبير في تعميم تلك النسبة الى جميع الحالات

وقد شاهدنا ثمان حالات خاصة امكننا فيها الحصول على معلومات ترجح لدينا فى جميعها الاصابة التى تكون غالباً من ثانى او ثالث بطن بعد اصابة القرحة وربما كانت الاصابة ابعد من هذا

(هـ) تشويه الجمجمة بانخفاض النافوخ الامامى بعد عملية قفله ـ وهذا الانخفاض نراه شبيهاً بما يرى فى تشويه عظم الجانبين وانخفاض ما بينهما تلك العلامة الاكيدة التى سبق وقدمنا ذكرها فمنشأ التشويهين واحد

لذا نقدم تلك العلامة كانها علامة اكيدة كذلك والواقع اننا لم نرها في غير حالات زهرية

(و) التقلص او السبسموفيليا ـ لم نشاهده الا فى الحالات الزهرية الوراثية

٤١ — الانيميا وعد الكرات في الحالات الزهريه — يصاب الأطفال عادة

بالانيميا فى حالة الزهرى الوراثى وهى نتيجة لتغيير حالة الهيموجلوبين وعدد الكرات فى الدم ويمكننا ان نستخلص من جملة مشاهدات النتيجة الآتية :

قلة عدد الكرات الحمراء — قلة نسبة الهيموجلوبين — قلة نسبة الكرات البيضاء ذوات النواة المتجزئة (بولينوكليير) — أزدياد عدد الكرات البيضاء ذوات النواة الواحدة (المونو نوكليير) — أزدياد عدد الكرات البيضاء عموما (اللوكوسيت)

تحليل واسرمان — رأينا انه فى حالات كثيرة يستعصى على الطبيب تشخيص المرض بالعلامات الاكلينيكية وزيادة عن هذا فقد يوجد أطفال مصابون بالزهرى لا يوجد عليهم علامات ولا تشويهات بالمرة وهنا قد يكون لتحليل الدم بطريقة واسرمان نتيجة حاسمة اذا كانت ايجابية لانها اذا كانت سلبية فانها لا تدل على عدم وجود المرض واذا كان أغلب الحالات الايجابية القوية تموت فى الصغر فينتظر أن نراها ضعيفة أو سلبية أحياناً والواقع أنها تكون سلبية غالباً فى الزهرى الوراثى الثلاثى

وقد عمل الاستاذ جرجرو أحصائيه تدل على ان ٣٩٪ فقط من المصابين . بالزهرى الوراثى يكون عندهم تفاعل واسرمان ايجابياً أما فى الحالات الزهرية المصحوبة بتشويهات فانها وجدت سلبية من ٦٠ ٪ الى ٩٠ ٪ لذا يحسن فى الحالات السلبية تحليل دم الامهات فان وجد كذلك يعمل التحليل بسائل النخاع أو السوائل المرضية كسائل الالتهاب البلوراوى أو الاستسقاء وسائل القيلة المائية الخ.

الخلاصة — يرى مما تقدم تنوع العلامات واختلافاتها ووضوح الاصابات أو بالعكس اختباؤها وامام كثرتها فى مصر نرى أنه يجب البحث عنها دائماً فقد تكون هى الطريقة الوحيدة لشفاء كثيرين من المرضى

وبحثها المنظم لاشك عندنا في أنه سيوسع دائرة اختصاصات الزهرى فان أمراضاً كثيرة مجهولة الاسباب الآن ترجع الى اصابات التريبونيم نحكم بهذا بما

حصل فعلا مماظهر وثبت لدى جميع الاطباء فى السنين الاخيرة عن الاصل الزهرى لامراض كثيرة وكان يعد سببها مجهولا

ومعرفة تلك العلامات والتشويهات تساعد كثيرا حتى غير اطباء الاطفال لان المرض ليس قاصرا على الاطفال وحدهم فان مرضى كثيرين صغارا وكبارا يذهبون الى جميع الاخصائيين الذين قد يسهل التشخيص عليهم كثيرا بمعرفتهم تلك العلامات والتشويهات وبالتالى علاجهم

التشخيص — يلتبس الامر أحيانا فى تشخيص بعض الحالات وهذا التشخيص يجب أن يكون حاسماً فربما فقد المريض زمنا نفيساً انلم يشخص مرضه بسرعة وفى وقت قديكون شفاؤه فيه ممكناً كما أنه يجب التذكر ان علاج هذا المرض طويل ممل للمريض يلزمنا اجتنابه فى غير موضع المرض حتى لا تضيع على المريض تلك الفرصة التى هو أحوج مايكون اليها للعلاج بطريقة أخرى

ماقيمة تلك العلامات والتشويهات إذن ؟ — منها مايؤكد المرض كظهور اللطخ المخاطية والزكام والبمفيجوس عند المولود وتضخم الكبد والطحال والصمم المزدوج والتهاب القرنيه وأسنان هو تشينسون (وتلك العلامات الاخيرة هى مايعبر عنها بتثليت هوتشينسون) والجمجمه ذات البروز الجانبي في وقت انخفاس اعلا الرأس وانخفاسها من الامام موضع النافوخ الامامى (علامتنا الخاصة) واستسقا الدماغ الخلقى وشلل بارو الكاذب وظهور الساق الشبيه بالسيف والاسنان شكل ٢و٥ وأما باقى العلامات فانها توجد شبهة عظيمة فيشخص المرض باتفاق وجود أكثر من علامة أو تشويه على المريض

كذا يستقصى فى التاريخ العائلى عن الاجهاضات وكثرة وفيات الاطفال والعلامات عند الوالد والوالدة والاخوة والاقربين أو مصادفة أمراض مثل التابس والشلل العام والانورسم أو التهاب الاورطة والذبحة الصدرية وسرطان اللسان ولو أن هذه الثلاث اصابات الاخيرة لاتوجد اليقين

علاج الزهرى الوراثى

١) علاج وقاية الجنين — عند ابتداء كل حمل فى العائلات الزهرية يجب معالجة الحوامل حتى ولو وجد تفاعل فاسرمان عندهن سلبيا أو كان ابتداء الاصابة بالقرحة بعيدا وعولجت تلك الحوامل فى الماضى علاجا منتظما

وخير علاج لوقاية الاجنة هنا هو العلاج بالزرنيخ داخل الوريد على دفعتين اثناء الحمل واقرب ما يمكن من ابتدائه كل دفعة منها مركبة من ثمان حقن فى مدة ست أسابيع ومنفصلة الدفعة الثانية عن الاولى بمدة شهرين ويستمر العلاج بالزئبق فى المدة الباقية من الحمل اسبوعين في كل شهر وان تعذر عمل الحقن داخل الوريد فيحقن الزرنيخ فى العضل ويستعمل هنا السولفارسينول بالطريقة عينها

وان تعذر هذا أيضا فى بعض العائلات فيعطى الزرنيخ بالفم ويستعمل التريبارسول أو الستوفارسول من ٥٠ ./. الى ١ جرام فى اليوم على دفعات مدة اربعة ايام فى الاسبوع فقط وهكذا مدة شهرين ثم يوقف شهرين ويستعمل من جديد مدة أخرى (يجب ملاحظة هذا العلاج لانه قد يحدث اسهالا)

٢) علاج الجنين — سبق وقدمنا انه قد يولد الطفل وليس به أية علامة من علامات الزهرى لكن التجارب علمتنا انه قد تظهر عليه مؤخرة أو يعيش فى ضعف ويصاب بامراض لم يتوصل علمنا الى الان لارجاعها على التحقيق الى مرض الزهرى ولو انها تظهر بكثرة مدهشة فى العائلات الزهرية فمن أجل هذا ارضاء لضمائرنا ولصيانة حياة هؤلاء الضعفاء المساكين يجب معالجتهم

فامام هذا المرض المزمن يجب ان يكون العلاج مزمنا كذلك

قواعد العلاج — ا) يجب ان يكون معجلا

ب) يجب ان يكون قوياً قدر احتمال الطفل

ج) يجب ان يكون العلاج منتظماً

د) يجب وضع الطفل تحت المراقبة المستمرة

طريقة العلاج — لدينا لعلاج الزهرى اربع جواهر :

١) الزئبق

٢) الزرنيخ

٣) البزموت

٤) يودور البوتاسيوم

العلاج الزئبقى ـ يجب اعتبار هذا الجوهر انه الجوهر الاساسى لمعالجة الزهرى وقد أثبت الزمن تأثيره الحسن فى شفاء اعراض ذلك المرض واخماده ولئن تركناه يوماً متوسلين الى علاج اشد وأقوى تأثيرا على التريبونيم بواسطة الزرنيخ مثلا فاننا نحتاج الى الزئبق فانه يسمح بالعلاج الطويل ليكون الكفاح مستمرا فيه هذا الزمن الطويل

وعلاج الزئبق يكون اما بواسطة الدلك أو بالتعاطى من الفم أو بالحقن. والحقن اما داخل العضل واما فى الوريد

العلاج بواسطة الدلك — يجب ان يكون الطفل سليما من الالتهابات الجلدية لاستعمال هذا النوع من العلاج وقد أتى على العموم بنتائج جيدة بشرط ان يكون الدلك حسب الاصول واننا ننصح باستعمال الطريقة الآتية :

يستعمل المرهم الزئبقى البسيط خيرا من استعمال المرهم المزدوج الذى قد يحدث التهابات جلدية بسبب رقة جلد الطفل

وذلك مدة اثنتى عشرة ليلة متتالية من خمس دقائق الى عشرة بالمقادير التالية:

٢ ج للمولود ٣ لمن عمره شهر ٤ لغاية السنة الاولى ٦ لغاية السنة الثالثة ٨ لغاية البلوغ

يجب ان يعمل ذلك الدلك فى جوانب الصدر والبطن وعلى الفخذين والذراعين وفى سمانة الساقين مع تغيير الموضع كل ليلة (وغسله بالصابون فى الصباح ويمكن الاستعاضة عن هذا المرهم بمرهم الكالوميل الذى لا يلوث الملابس

والاطفال تتحمل عادة هذا العلاج اكثر من الكبار فلا تحدث لديهم التهابات فى الفم كما نراها فى هؤلاء انما قد تسبب عندهم بعض التهابات معدية معوية دوسنطارية والتهابات كلوية أو انحلالا عظيما (كاشكسيا) اذا كان العلاج شديدا جدا أو طويلا

العلاج بالزئبق بواسطة التعاطى من الفم — قد تحدث هذه الطريقة بعض تهيجات معوية انما يلجأ لها متى تعذر الدلك

١) وهنا يستعمل محلول السليمانى ١ فى الالف (سائل فان سويتن) بالمقادير الآتية : —

١٢ نقطة عن كل كيلو من وزن الطفل لغاية ثلاثة شهور تقسم على ثلاث مرات وتعطى مع اللبن

١٠ نقط عن كل كيلو من ثلاثة شهور الي ثلاث سنين

ملعقة شاى يوميا للاطفال الذين يتراوح سنهم بين ثلاث وسبع سنوات

ملعقتا شاى يومياً للاطفال الذين يتراوح سنهم بين عشر و ١٥ سنة

٢) وأخف من محلول السليمانى على معدة الاطفال محلول لبنات الزئبق ١ في الالف المحضر على طريقة فرنسوا ويعطى بمقدار عشر نقط عن كل كيلو جرام من وزن الاطفال مقسما على ثلاث مرات يوميا

٣) ويستعمل أيضا الكالوميل مسحوقا ١ر٠ سنتيجرام يوميا واثنين مضافا اليه جلسر وفوسفات الجير ٢٥٪ سنتيجرام وتحت نترات البزموت ٧٥٪ سنتيجرام.

العلاج بالزئبق بواسطة الحقن

١) داخل العضل ـ ننصح باستعمال بتروات الزئبق بنسبة تتراوح بين ⅓ ونصف ملليجرام عن كل كيلو من وزن الطفل ـ يستعمل فى الحالات الخطرة المهدده

٢) داخل الوريد ـ يستعمل فى حالات الالتهابات السحائية واصابات العين سيانور الزئبق بنسبة واحد ملليجرام فى سنتيمتر مكعب من الماء الملحى بنسبة ٧ فى الالف ويستعمل ضعف هذا المقدار للاطفال بعد السنتين

العلاج بواسطة الزرنيخ

يستعمل الزرنيخ اما بالحقن داخل الوريد او فى العضل او تحت الجلد واما بواسطة التعاطى من الفم

استعمال الزرنيخ بواسطة الحقن فى الوريد. ويستعمل النيوسلفرسان الذى يحتوى على ٠٫٢١٪ من الزرنيخ وتلك اقوى طريقة يستعملها الطبيب فى مكافحة الزهرى

وحقن الطفل عملية صعبة لدقة الاوردة فى الذراع لذا تعمل غالباً فى اوردة الرقبة (جوجولار) او فى مؤخر النافوخ بجوار العظم مباشرة

ويستعمل الحقن على ثمان او تسع دفعات مع ازدياد المقادير تدريجياً الى ان يصل النيوسلفرسان الى ما يوازى ٠٫٠١٥ سنتيجرام ونصف عن كل كيلو من وزن الطفل فاذا كان وزن الطفل ستة كيلوجرام مثلا تكون المقادير كالآتى :

٠٫٠١ ٠٫٠١٥ ٠٫٠٢ ٠٫٠٣ ٠٫٠٤٥ ٠٫٠٦ ٠٫٠٧٥ ٠٫٠٩ ٠٫٠٩

استعمال الزرنيخ بواسطة الحقن تحت الجلد او فى العضل ـ وهنا يستعمل السولفرسينول بنفس المقادير المتقدمة وفى مواعيدها

وهناك طريقة اخرى لاستعمال مقادير اعظم للتأثير على المرض على قدر ما يمكن من السرعة وقد اعطتنا نتائج حسنة جداً وهو ان يحقن المريض مدة اسبوع بمقدار سنتيجرام عن كل كيلو من وزن الطفل اولا ثم سنتيجرام وثلث ثانى يوم ثم سنتيجرام ونصف ثالث يوم الى السابع وانا ننصح بعدم استعمال هذه الطريقة فى الحالات العصبية المركزية والكبدية وفى حالة ضعف الاطفال الشديد

اعراض عدم احتمال الزرنيخ عند الاطفال ـ يحصل فى بعض الاحيان بعض تعب للأطفال الذين هم تحت تأثير العلاج بواسطة الزرنيخ واكثر شكواهم من صداع او قيء او هبوط وتكسير وآلام فى الجسم او اسهال وضيق في التنفس واغماء وكل هذه الاعراض ليست خطيرة انما يجب ان تجعل الطبيب على حذر للسير ببطء فى ازدياد المقادير

الا ان هناك عارضاً قد يكون خطراً هو عارض النزيف سواء أكان من الانف ام الفم أم الامعاء فانه يجعل حياة الطفل مهددة فيتحتم ايقاف العلاج فى هذه الحالة

تفاعل هركسيمر ـ يحصل عند البدء فى العلاج او اثناءه فى الحالات العصبية المركزية والكبدية على الاخص ان تستفحل الاعراض الزهرية التى من اجلها يعالج الطفل او حمى وصداع وقيء وتفاعلات عصبية لحد الاغماء ويفهم من هنا ان التريبونيم يكتسب حيوية على اثر اصطدامه بالجوهر المحارب له فيجب فى هذه الحالات عدم ايقاف العلاج وانما تخفيض المقادير ويجتنب هذا التفاعل اذا كان السير فى العـلاج بمقادير صغيرة متزايده

العلاج الزرنيخى بالتعاطى من الفم ـ يتعذر احياناً استعمال الحقن للاطفال ولما كان للزرنيخ مكانة عظيمة فى مكافحة الزهرى والتأثير السريع على حالة الاطفال العمومية الذين ينمون بسرعة بواسطته وتتحسن بسرعة حالة الانيميـا التى تلازم اغلب المصابين فقد بحثوا عن مركب يمكن استعماله من الفم.

وقد أثبتت التجارب الاخيرة أن التريبرسول والستو ڤرسول يوصلان الى هذه الغاية

ويستعمل احدى تلك المركبات بنسبة ٢ سنتيجرام عن كل خمسة كيلو جرام من وزن الطفل تعطى على ثلاث مرات مدة أربعة أيام فى الاسبوع فقط ويرتاح المريض فى الثلاثة الباقية ويتكرر العلاج هكذا مدة ستة أو ثمانية أسابيع

العلاج بواسطة البزموت ـ تختلف كما فى المركبات الزئبقية نسب البزموت المعدنى الموجود فى المركبات المقدمة للعلاج لذا تختلف مقاديرها عند العلاج والواقع

انه لاينظر الا الى تلك النسبة فى تعيين المقدار اللازم لحقن الطفل بالنسبة لوزنه ويلزم ألا يزيد ذلك المقدار عن ١ سنتيجرام من البزموت المعدنى عن كل ثلاثة كيلو جرامات من وزن الطفل يحقن بها مرتين فى الاسبوع مدة ستة اسابيع وأهم المركبات البزموتية مايأتى :

تريبول — يحتوى على ٦٤ ٪ من البزموت المعدنى
لواتول — « « ٧٥ ٪
موتانول — « « ٧٥ ٪
كورالوز — « « ٨٠ ٪
كينبى — « « ٢٠ ٪

وكل هذه المركبات أملاح غير قابلة للذوبان معلقة فى الزيت

أما السبير يلان فيحتوى على ملح بنسبة ٨٠ ٪ معلق فى الماء والبزموتو يودول فيوجد على شكل هلامى بنسبة اربعة مليجرام في السنتيمتر المكعب

وتعمل الحقن البزموتية كما تعمل الحقن الزئبقية فى الالية داخل العضل ويمكن اعطاء البزموت بالفم مصحوبا بالكالوميل فيعطى مثلا

١٠ . و سنتيجرام كالوميل

٣٠ و تحت نترات البزموت

للاطفال الرضع مدة ٢٠ يوم متوالية

مدة العلاج — ينصح مرفان باستعمال الزئبق اربع سنوات على الطريقة الآتية :

٩ دفعات (١٢ يوم أو ١٥ كل دفعة) مثل ما قدمنا في السنة الاولى ٥ فى الستة شهور الاولى و ٤ فى الثانية

٥ دفعات (١٢ يوم أو ١٥ كل دفعة) مثل ما قدمنا فى السنة الثانية

٤ دفعات (١٢ يوم أو ١٥ كل دفعة) مثل ما قدمنا فى السنة الثالثه

٣ دفعات (١٢ يوم أو ١٥ كل دفعة) مثل ما قدمنا فى السنة الرابعه

اما الزرنيخ فينصح مرفان باستعماله اربع دفعات فى السنة الاولى يفصلها شهر فشهران فثلاثة

وفى السنة الثانية ثلاث دفعات

وفى الثالثة دفعة واحدة

اما البزموت فتكون مدة علاجه كمدة علاج الزئبق

العلاج بواسطة يودور البوتاسيوم ــ ان يودور البوتاسيوم ليس علاجاً كافيا وحده انما يستعمل لمساعدة علاج الزرنيخ أو الزئبق على الاخص وهو يعطى بالنسبة ٢٠ سنتيجرام عن كل سنة من عمر الطفل ويحسن الابتداء بمقدار ١٠ر٠ فقط عند المولود لانه قد يحدث رشحا يصعب تمييزه من زكام الزهري عندالمولود

وهو يشترك كثيرا فى التعاطي مع المركبات الزئبقية وان من خير تلك المركبات شراب جيبير وهو يحتوىعلى ٣٠ر٠ من يودور البوتاسيوم و٣ ملليجرام من ثانى اليودور الزئبق فى ملعقة الشاى ولايعطى الا للاطفال الذين هم فوق السنة الثالثة من اعمارهم

أى صنف من تلك المركبات يحسن اختياره عند علاج طفل مصاب بالزهرى؟

اذا أريد التأثير بسرعة و بقوة يجب استعمال حقن نيوسلفرسان فى الوريد ثم من بعدها حقن سيانور الزئبق كذلك فى الوريد بعد مدة من الزمن يتم فيها العلاج الزرنيخى ويتحتم استعمال هذه الطريقة فى حالات الاصابات العضوية كذلك يحسن اختيار البزموت فى الحالات العصبية واننا ننصح على العموم باستعمال العلاج الزرنيخى أولا ثم يتناوب معه العلاج الزئبقى في المدد التى يرتاح فيها المريض من الزرنيخ

كذلك يستعمل احد هذه الجواهر دون الآخر اذا ثبت قلة احتمال المريض لهذا او وجد ما يمنع كأن يكون هناك التهابات كلوية يحسن ازاءها استعمال البزموت الهلامى او القابل للذوبان او الزرنيخ ولا يستعمل مطلقاً الزئبق فى هذه الحالات

العلاجات الاخرى المساعدة — لما كان الزهرى يصيب الغدد ذوات الافراز الداخلى احياناً لذا يحسن استعمال خلاصة الغدد فى الحالات التى يرى فيها ان هناك نقصاً فى تلك الافرازات الداخلية

كذلك ننصح بالعلاج الضوئى وبالشمس فى جميع الحالات الزهرية لانها تساعد كثيراً على نماء حيوية المريض فتتحسن حالته العامة وتتحسن على الخصوص لديه حالة الانيميا

وننصح باستعمال تنظيم الغذاء وتغيير الهواء على ساحل البحر واستعمال الجير وشراب يودور الحديد وشراب يودتنيك وزيت السمك

سكرتارية مجلس ادارة الجمعية

١ من الاقتراحات التى درسها مجلس الادارة هذا العام موضوع تنظيم رحلات للاطباء المصريين بالممالك الاوروبية وقد فاوض بهذا الخصوص شركة كوك لاستطلاع رأيها بشأن التخفيض المنتظر الحصول عليه من شركات الملاحة والسكك الحديد — وقد آثرنا نشر الرد الوارد من الشركة بتاريخ ٣٠ الماضى ليطلع عليه حضرات الزملاء

الرحلات التى من برنامجها المرور بايطاليا وفرنسا والمانيا وسويسرا والنمسا

تمنح شركتا اللويد تريستينو والسيمار لاين (Lloyd Triestino and Sitmar Line) لكل ٣٠ مسافراً أو أكثر ٢٠ فى المئة تنزيلا فى الاسعار مع السماح لواحد أن يسافر مجانا وفقط يطالب بمصاريف الطعام .

(السكة الحديد) بايطاليا تخفض ٢٠ في المئة لكل ٢٥ — ١٠٠ شخصا و ٣٠ فى المئة للمسافرين الذين يزيد عددهم عن مائة

فرنسا — تنزيل ٣٠ فى المئة اذا كانت المسافة لا تقل عن ٤٠٠ كيلومترا لكل ٢٥ شخصا فما فوق

سويسرا — تمنح الجماعات من ١٢ شخصا فما فوق تخفيضا خاصا بحسب المسافات

النمسا — تنزيل من ٢٠ ٪ — ٢٥ ٪ لكل ١٥ شخصا فما فوق

المانيا — تنزيل ٢٥ ٪ لكل ٣٠ شخصا فما فوق ما عدا أيام أعياد ومواسم خاصة حيث لا يمنح هذا التنزيل

ويلاحظ أنه يجب فى جميع هذه الأحوال أن تسافر الجماعات فى قطار واحد حتى يمكنها الحصول على التخفيض ؟

(٢) وزعت السكرتارية الدعوة الآتية لعقد جمعية عمومية غير اعتيادية لبحث موضوع الأزياء المصرية

ونحن نرجو أن يقابل هذا الموضوع من جميع حضرات الأطباء بالاهتمام والعناية التامة بما أن له علاقة مباشرة بالصحة العامة الأمر الذى يجب على كل طبيب مصرى أن يقوم بواجبه نحوه

وان المذكرة الآتية لجمعية الرابطة الشرقية الموقرة جديرة بأن يعنى ببحثها حضرات الأطباء لا سيما أنها تعبر عن رأى الشعب المصرى الذى طالما ردده

دعوة لجمعية عمومية غير اعتيادية

ورد للجمعية فى ١٩ الجارى من جمعية الرابطة الشرقية الموقرة المذكرة المرفقة بالاستفتاء فى بعض نقط بشأن الأزياء المصرية من الوجهة الصحية رأت لجنة الأزياء والتقاليد المشكلة بهذه الجمعية ضرورة استيضاحها بواسطة الجمعية الطبية المصرية

ولما كان هذا الموضوع من الأهمية بمكان لاسيما أنه يتعلق مباشرة بالصحة كان حقا على الجمعية أن تبدى رأيها فيه بشكل جدى قاطع

ونظرا لهذه الاعتبارات قد رأى مجلس الادارة أن يدعو جميع حضرات الأعضاء لجمعية عمومية تعقد بصفة خاصة للبحث فى هذا الموضوع ووضع قرارات نهائية . وستعقد الجلسة فى الساعة العاشرة من صباح الجمعة ٢٥ يونيو سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العيني وقد أرسلنا مذكرة الجمعية برفق هذا رجاء تكوين رأى بشأنها فالرجا عدم التأخير ،

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

القاهره فى ٣٠ مايو سنة ١٩٢٦ — السكرتير العام

مذكرة

جمعية الرابطه الشرقيه

فى أواخر شهر رمضان الفارط اجتمع فريق من أعضاء الرابطة الشرقية للسمر بناديها ودار الحديث بينهم فى موضوع الأزياء والتقاليد و توجهت الأفكار الى الاحتفاظ بما ثبت نفعه منها وتجديد بعضها لكى يتفق مع القواعد الصحية والمبادىء الاقتصادية وحاجات الذوق والنزعات القومية وعلى ذلك تقرر تشكيل لجنة من أعضاء الرابطة وغيرهم لبحث المسألة من سائر الوجوه ولما الفت اللجنة رأت أن تكون الابحاث علمية شاملة لكثير من النتائج الاجتماعية التى تحدث من علاقات الشرق والغرب ويترتب عليها ضروب من المحاكاة والتطور بحكم احتكاك المدنيتين

وفى جلسة ١٢ مايو الجارى تقرر أن يكون البحث فى مسألة الازياء على أساس قواعد حفظ الصحة وسهولة الاستعمال والتوافق مع الشعائر الدينية والتقاليد الشرقية والاقتصاد وحسن الذوق وأن تستفتى جمعية الرابطة أهل الذكر فى ذلك

لهذا وجب علينا أن نستفتى أولا الجمعية الطبية الموقرة فيما يلى .

١ ــ لباس الرأس : هل الطربوش المنسوج من الصوف فى شكله المعروف ولونه الأحمر واق للرأس مع ما تجمع من الحواس حتى مؤخر العنق و ان كان غير ذلك فما هو الاصح للاستعمال بدلا عنه ومن أى مادة يكون حبكه ونسجه وعلى أى صورة يكون شكله

٢ ــ هل الملابس الافرنجية التى تلبس الان ملائمة لطقس بلادنا المصرية وهلا يحسن صحيا عدم كساء الساعدين والعنق

٣ ــ ما هو الاصح طبيا فى بلادنا بين أنواع الأحذية من جهة شكلها ونوع الجلود التى تعمل منها

القاهره فى ١٨ مايو سنة ١٩٢٦

جاءنا من جمعية التناسليات الدولية النشره الآتية عن المؤتمر الدولى للتناسليات المزمع عقده فى شهر أكتوبر المقبل ونود بهذه المناسبة أن ننوه بفائدة هذا المؤتمر من الوجهة العلمية العامة .

المؤتمر الدولى للتناسليات

تستعد جمعية التناسليات الدولية لعقد مؤتمرها الأول فى برلين الذى سيستمر خمسة أيام تبتدىء في ١١ أكتوبر سنة ١٩٢٦ وتنتهى فى ١٥ منه وسيشترك فى هذا المؤتمر أكابر الاخصائين فى التناسليات. وسيتناول البحث فى هذا المؤتمر جميع المسائل التى لها مساس بالحياه التناسلية فى مختلف وجوهها العلمية والعملية

أى من حيث وجهة النظر الاجتماعيـة والاقتصاد والصحية والعلاقة الجنسية الشرعية وغير الشرعيه وكذلك سيدور البحث حول الطب بصفة عامه وعلم الحياه ومواضيع الخلق التناسلى والمسائل القضائية التى منها مثلا الاجرام كأجرام المرأة من الناحية التناسلية والمراهقة وكذلك علاقة الحياه التناسلية بالمسائل السياسيه المتعلقة بعدد السكان ونقص المواليد الخ وعلم التربية وعلم النفس والتحليل النفسى والمسائل النسوية . وسيعالج جانباً من المواضيع الأساسية بمعرفة محاضرين والآخر بمعرفة الخطباء الذين سيعلن عنهم قبل ميعاد الانعقاد

وأما جميع المسائل الاخرى فستطرح للمناقشة العامة . وقد تم اعادة تأسيس الجمعية الدولية عقب الحرب — ونذكر من بين الشخصيات التى ستشترك فى هذا المؤتمر حضرات الأساتذة الـكفست (استوكهلم) — بندا (برلين) — بيرون (صوفيا) — بيانشنى (توراموابروزى) — بيير (استوكهلم) — بوين (ستراسبرج) — شارلوت بوهلر (فينا) — سينى (كاجليارى) — شامى (باريس) — سيفيانتس (مدريد) كرو (أدنبره) — دافينيورت (نيويورك) — ادير (لندن) وغيرهم ممن لا يتسع المقام لنشر أسمائهم

وجميع الاستعلامات الخاصة بالجمعية والمؤتمر يخابر بشأنها أحد هذين العنوانين

a. (Dr. Moll, Berlin W. Kurfürstendamn 45

b. (Dr. Stutzin „ „ ,, ,, 44

(استلفات)

جميع الألفاظ المعربة التى وردت بمقالات هـذا العدد مأخوذة من قاموس حضرة الدكتور محمد شرف

المرحوم الدكتور عبد الحميد فهمى عامر بك

تاريخ حياته

نعى المرحوم فى اليوم الثلاثين من شهر مارس سنة ١٩٢٦ بعد ما عانى طويلا من مرض الكلى وارتفاع الضغط الدموى الذى انتهى بتسمم بولى لم يمهله اكثر من يوم وليلة فشق نعيه على أصدقائه وعارفى فضله. وقد كانت خسارة الامة فيه كبيرة بعد ما خلد من آثاره فى الطب الشرعى ما يشهد بمقدرته وكفاءته وتفانيه فى خدمة الصناعة لذاتها

والمرحوم هو ابن المهندس الكبير المرحوم عامر بك عبد البر كبير مهندسى وزارة الأشغال سابقاً

ولد سنة ١٨٨٢ وبدأ تلقى علومه سنة ١٨٩١ وكان دائما من أوائل الفرق التى حل فيها ابتدائى — ثانوى — عالي الى أن تخرج من مدرسة الطب سنة ١٩٠٣ حيث كان أول الناجحين فى الدبلوم فى السنة المذكورة

قضى سنة بالامتياز ثم عين طبيباً بالمراكز سنة ١٩٠٤ ثم رقي مفتشاً ثانياً لصحة مديرية البحيرة فى سنة ١٩١٢ متخطياً دوره بأكثر من خمسين طبيباً ثم نقل الى مثل هذه الوظيفة بالغربية وقد أعطى الرتبة الثالثة أجزاء وقتئذ للمجهود العظيم الذى بذله فى مكافحة وباء الطاعون فى سنة ١٩١١ علاوة على كتب الشكر والثناء التى قدمت لمصلحة الصحة من مدير المنوفية فى ذاك الوقت معالى محمد شكرى باشا والتى طلب فيها ترقيته خدمة للصالح العام — وفى نفس هذه السنة وهو مفتش صحة مركز انتدب للاشتغال نيابة عن مفتش قسم فى مكافحة الطاعون

وفي سنة ١٩١٤ طلبت وزارة الحقانية من المصلحة أن ترشح رجلا من رجالها الاكفاء لتعيينه مساعداً للطبيب الشرعى فرشحته المصلحة وشفعت هذا الترشيح بما يستحقه الفقيد من المديح والثناء — فعين فى أول يوليه

سنة ١٩١٤. وفى أواخر سنة ١٩١٧ رقى الى طبيب شرعى وأعطى رتبة البكوية من الدرجة الثانية . وفى سنة ١٩٢٣ بدأ فى تأليف كتاب « الطب الشرعى فى مصر » بالاشتراك مع جناب الدكتور سدنى سميث الطبيب الشرعى الاول . وفى ديسمبر سنة ١٩٢٣ عين وكيلا لصحة بلدية الاسكندرية على أن يعين مديراً لها واذ لم يرقه العمل فيها فضل العودة الى وظيفته الاصلية فى الطب الشرعى فساعدته الحكومة فى ذلك وعاد ثانية حيث أتم كتابه المذكور الذى طبع فى صيف سنة ١٩٢٤ وهو أول كتاب وضع باللغة العربية فى هذا الفرع منطبقاً على أصول العلم الحديثه . ثم ألف كتاب « مبادئ الطب الشرعى فى مصر » وكلاهما دليل ساطع على علو كعبه فى فنه

ولقد أنعم على الفقيد برتبة البكوية من الدرجة الاولى فى سنة ١٩٢٤ بعد تقديمه مؤلفه العظيم لحضرة صاحب الجلالة الملك

ومات الفقيد غير متجاوز من العمر ٤٣ عاماً فذهب مأسوفاً عليه لما اشتهر به من طهارة الذمة والشرف والتفانى فى القيام بالواجب وتقديم المصلحة العامة على مصلحته الخاصة ودقته فى عمله وطول باعه

تنعي الجمعية مزيد الأسف المرحوم الدكتور محمد صابر الطبيب بمستشفى المجاذيب بالخانكه والعضو بالجمعية وقد وافاه الأجل فى بورسعيد فى السابع من شهر مايو سنة ١٩٢٦

والجمعية تتقدم بخالص التعزية لجميع أفراد عائلته وتسأل المولى ان يتغمده بخالص رحمته

انسولين ‹ تابلويد ›

هيبودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقى طاهر)

TRADE MARK ‘TABLOID’ BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الانسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالانسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحصول بتحليله فى الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات فى انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا فى ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

انسولين ‹ ولكم ›

TRADE MARK ‘WELLCOME’ BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره فى البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار فى ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات اكلينيكية طبية وملاحظات لجنة وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركائهم

فى لندرة بانكلتره

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 144

SYNERGIE NOUVELLE

REGULATRICE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE ET DE SES CONSÉQUENCES

عدم تكافؤ الاوردة ونتائجها



PROVEINASE MIDY

COMPRIMÉS

أقراص بروڤيناس ميدى

2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

المقدار من ٢ — ٦ أقراص فى اليوم

دواعى الاستعمال

ارتخاء جدران الأوردة — الدوالى
— الجروح الوريدية — البواسير —
التهاب الأوردة — أوزيما وريدية —
تصلب الأوردة — الحالات الاحتقانية
المتنوعة — احتقان الكبد — احتقان
البروتستاتا — احتقان الرحم والمبيض
— الضعف — الاضطرابات الناشئة من
سن اليأس والمراهقة

الوكيل العام بالقطر المصرى
المسيو فيكتور ماتيه بالاسكندرية

پيپرازين ميدى

حبيبات فواره

ضد كل اعراض التهاب المفاصل



النقرس - الحصوات

الروماتيزم

المغص الكلوى

الرمل الكلوى

الرمل الصفراوى الكبدى

طريقة الاستعمال

الاحوال الحاده ٣-٦ ملاعق قهوة فى اليوم مذابة فى نصف كوب ماء ويفضل اخذها بعد الاكل بمدة

الاحوال المزمنة ١-٣ ملاعق قهوة فى اليوم مدة خمسة عشر يوماً من كل شهر ويستعمل لمدة بضعة اشهر

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

مرهم واقماع ميدى

اوربينالين قابض

العلاج الناجع للبواسير الداخلة والخارجة

ومضاعفاتها



البواسير

التشقق

حالة المستقيم ... الخ

طريقة الاستعمال

المرهم - يستعمل فى الصباح والمساء قبل وبعد التبرز

الاقماع - ١-٢ قمع فى الصباح قبل التبرز وفى المساء عند النوم

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هي لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التي تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

الجمعية الطبية المصرية

الادارة شارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد السادس يونيه ١٩٢٦ JUNE 1926 السنة التاسعة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م. مصر ١٥٩١ ـ ٢٦

قاموس انجليزي عربى

فى العلوم الطبية والطبيعية

مبني على المعارف الحديثة

طبع المطبعة الاميرية :

معجم الاصطلاحات والمفردات المستعملة فى الطب ، التشريح. علم وظائف الاعضاء. الجراحة . القبالة . المادة الطبية . أمراض النساء . الاطفال . العيون . الاعصاب . الجلد . الطب الشرعى . علوم النبات . الحيوان . الكيمياء . الطبيعة الكهرباء . علم حفظ الصحة . الصيدلة . الخ

يطلب من المؤلف

الدكتور محمد شرف

عضو كلية الجراحين الملكية بانجلترا ومجاز الطب من كلية الاطباء الملكية بلندن وجراح بمستشفى الملك



هيمو جلو بين دشيان

حديدى حيوى

عناصر الدم

المؤكدة

معالجة الدم بالدم

مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من أكثر من ثلاثين الف طبيب. يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل ملعقة كبيرة تحتوى على جرامين ونصف من الهيموجلوبين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين في اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان — فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع السلطان فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتيريه روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : ذات الرئة — الانفلونزا — التهاب اللوزتين — والتيفويد — والروماتيزم. وتسمم الدم. والتهاب الامعاء. والتهاب البروتون والمسن والتهاب المبيضين. والتهاب السحايا. والتدرن. والحمى المتقطعة (الملاريا)

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل وبدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد — بين العضلات — أو بين الاوردة من ١ لغاية ٦ سنتيمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السابع | يونيه سنة ١٩٢٦ | السنة التاسعة

أورام الرحم الخبيثة

للدكتور نجيب بك محفوظ

استاذ الولادة وأمراض النساء بكلية الطب

والدكتور انيس باي انسى

باثولوجى مستشفى قصر العيني

ان كلمة سرطان هى اصطلاح استيصافى بالذات فهى مرادف ورم خبيث . ولـكنها لا تكاد تطلق اليوم إلا على الاورام البشرية المخاطية . أما الأورام الخبيثة الأخرى فقد احتفظت بتسميتها الخاصة كالسركوما والاندوثليوما وهكذا : —

والاورام الخبيثة التى يمكن أن تصيب الرحم هى : —

(١) السرطان (٢) السركوما (٣) الاندوثليوما (٤) السرطان السلأى

أما السرطان السلأى فلا وجود له فى مصر أوبالاحرى لم تصادفنى حالة منه طول مدة اشتغالى بأمراض النساء فى قصر العينى وخارجه . وكذلك الاندوثليوما

فلم تصادفنى منها الا حالة واحدة في جسم الرحم . وقد تضاربت أقوال الباثولوجيين في فحص العينة التى أخذت منها فمن قائل أنها اندوثليوما ومن قائل پريثيليوما، والقطاع معروض على حضراتكم هذا المساء .

أما السركوما فقد صادفتنى منها ثلاث حالات. حالتان أوليتان وحالة ضاعفت ورماً ليفياً في قاع الرحم .

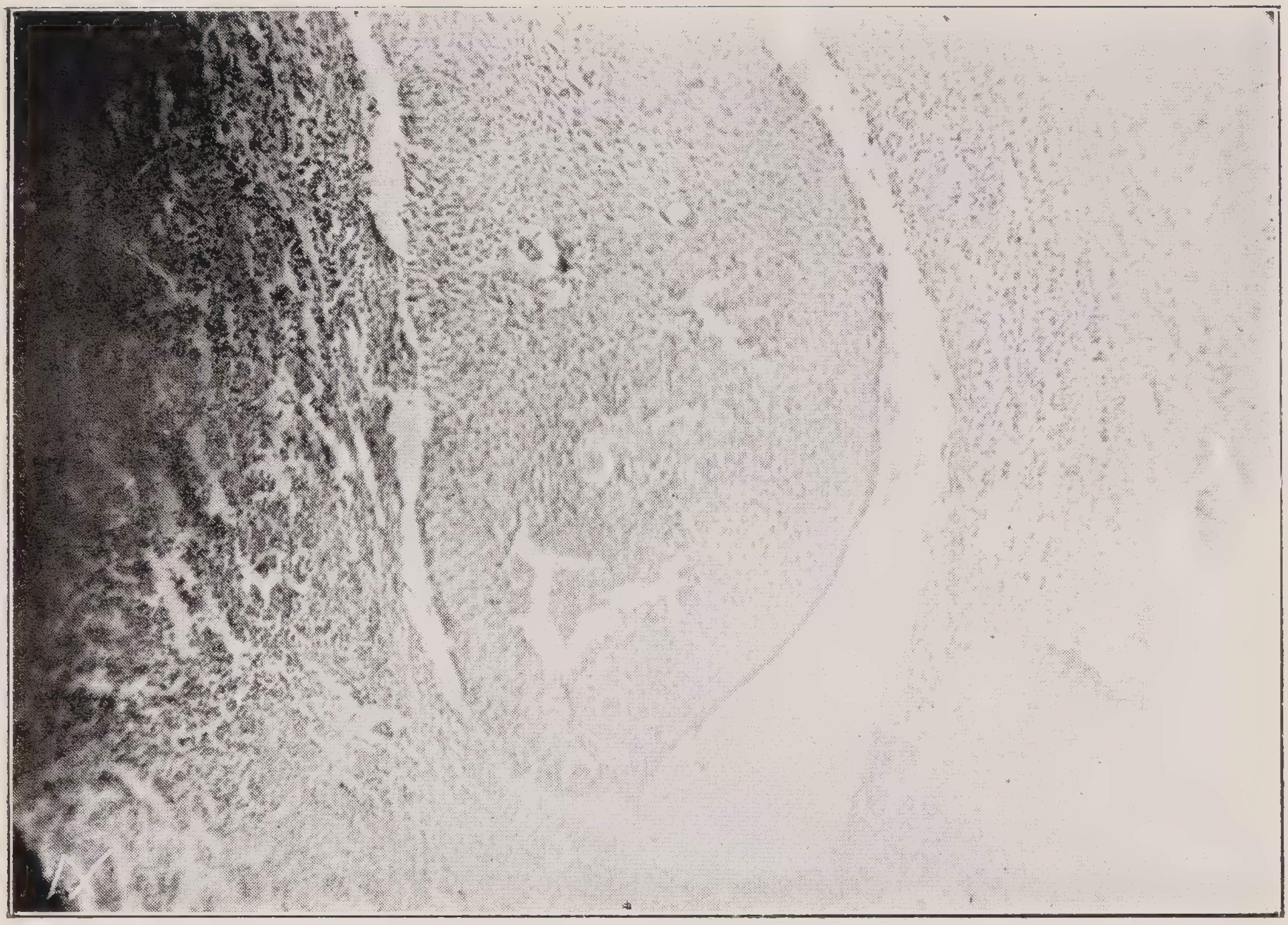
وليست أورام الرحم الخبيثة من الأمراض الكثيرة الانتشار فى مصر بل أنها فى الواقع نادرة الحدوث . ففى قصر العينى مثلا قد لا نجد بين عشرات الألوف من المريضات اللاتى يحضرن إلى المستشفى للعلاج فى العيادة الخارجية أكثر من ١٠ الى ١٥ حالة فى السنة . وسيكون كلامى الليلة مقصوراً على الأحوال التى أجريت عليها عمليات فى عملى الخارجى وأمكنني تتبعها ٥ سنوات وهى تبلغ ٤٦ حالة ٣ منها سركوما رحمية و ١١ سرطان جسم الرحم و ٣٢ سرطان عنق الرحم . وقد كنت أود أن أضيف اليهـا الأحوال التى أجريت عليها عمليات بمستشفى قصر العيني ولكن استحالة تتبع المريضات بعد خروجهن من المستشفى منعتنى عن ذلك — وقد أجرى حضرة زميلى الدكتور أنيس بك أنسى قطاعات ميكروسكوبية لكل من الست والأربعين حالة انتقينا منها بضعة تمثل الأحوال المختلفه التى تشاهد فيها وسنعرضها على حضراتكم الليلة . وسأذكر لحضراتكم فى ذات الوقت بعض ملاحظات على الاسباب والأعراض والعلاج :

الاسباب : لا يعلم حتى الآن لماذا تنشط الخلايا البشرية فى بعض الأحيان نشاطاً غير طبيعى فتتكاثر وتتعدى فى تكاثرها الغشاء القاعدى . والأمر الوحيد المسلم به هو أن الرحم بسبب ما يصيبه من مضاعفات الولادة شديد التعرض للتمزقات والتهييج الموضعى والالتهابات المزمنة التى هى من الأسباب المهيئة للاصابة بالسرطان . ولكن لا يمكن أن يكون هذا هو السبب الوحيد والا لكان السرطان



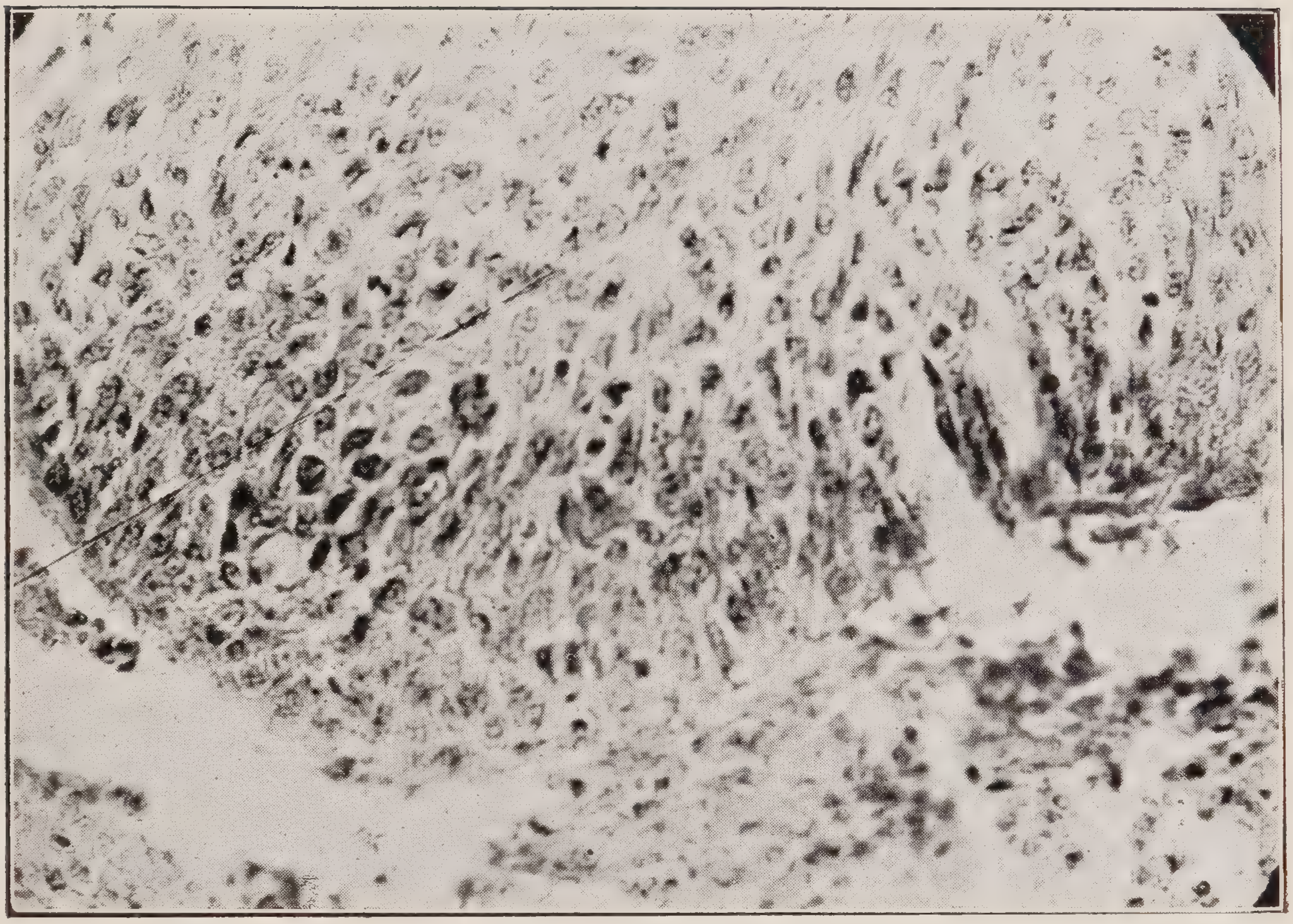
(فتوغراف مكرسكوبى)

قطاع من عنق رحم يظهر تكاثر الخلايا وتوالدها ولكن الخلايا المتوالدة لم تتعدّ الغشاء القاعدى وتعتبر هذه الحالة من الدرجات السابقة للسرطان



الحالة الاولى (القوة الصغرى للمكرسكوب) فتوغراف مكرسكوبى

حالة سرطان تولدى نشأ من الخلايا البلاطية المغطية للجزء المهبلى من العنق — يظهرا كتل كبيرة من الخلايا البشرية مكونة لجزيرة صغيرة منغرسة فى النسيج تحت المخاطى



الحالة الاولى (القوة الكبرى للمكرسكوب) فتوغراف مكرسكوبى

ان الخلايا البلاطية تبدى ميلا قليلا فى بعض الجهات الى التحول الى خلايا اسطوانية مع تكوين انسجة شبيهة بالغدد (٣) ارتشاح الانسجة بالخلايا المستديرة الصغيرة والخلايا المتعددة النوبات بسبب اصابة النمو بمكروبات التقيح

في مصر أكثر انتشاراً منه فى البلاد الاخرى والواقع يثبت عكس ذلك : —

العمر : في الاحدى عشرة حالة من سرطان الجسم لم يكن سن المريضة أقل من ٤٥ بل ان معظمهن تجاوزن الخمسين وهذا يتفق مع مايشاهد في البلاد الأخرى أما فى الاثنتين والثلاثين حالة من سرطان العنق فكانت اثنتان أقل من العشرين وخمس بين الخامسة والعشرين والثلاثين وعشرة أقل من الأربعين وخمس عشرة بين الأربعين والخمسين . وفى أكثر من ٦٠ ./. من الحالات كانت الاصابة بالسرطان قبل بلوغ سن اليأس بينما فى الاحصاءات العامة نجد أن الاصابة بالسرطان قبل سن اليأس لا تزيد عن ٤٠ ./. ولعل السبب فى ذلك أننا في مصر نجد كثيراً من النساء تطرأ على أرحامهن الشيخوخة المبكرة قبل سن الأربعين

وسأعرض على حضراتكم الآن العينات التى وقع اختيارنا عليها والقطاعات التى عملت منها : —

فالحالة الاولى : حالة سرطان تولُّدى نشأ من الخلايا البلاطية المغطية للعنق المهبلى وهى من عملية أجريتها على سيدة ارلندية أرسلها الى جناب الدكتور Coffer من بورسعيد . وكانت كما ترون حاملا في شهرين وكان الورم ناشئاً من الشفة المقدمة للعنق مكوناً كتلة كبيرة من النسيج ذات سطح محبب . وكان الورم فى حجم قبضة اليد مالئاً للمهبل فى حين أن صلته بالعنق رقيقة عند قاعدتها وكان سطحه مغطى بطبقة متنكرزة (١) خضراء ضاربة الى اللون الرمادى . وقد استأصلت الورم المهبلى قبل العملية بأسبوع كما ترون من غرز الكانجوت (٢) التى لم تكن قد امتصت بعد .

ويري فى القطاع المأخوذ منها الذى سيعرضه حضرة الدكتور أنسى بك ما يأتى : —

(١) كتل كبيرة من الخلايا البشرية ليس فقط على سطح النمو بل مكونة لجزر صغيرة منغرسة فى الانسجة تحت المخاطية

---

(١) عَطِبة (٢) الأَطْرَة

(٢) يرى أن الخلايا البلاطية تبدى ميلا قليلا فى بعض جهات الورم الى التحول الى الخلايا الاسطوانية مع تكوين أنسجة شبيهة بالغدد

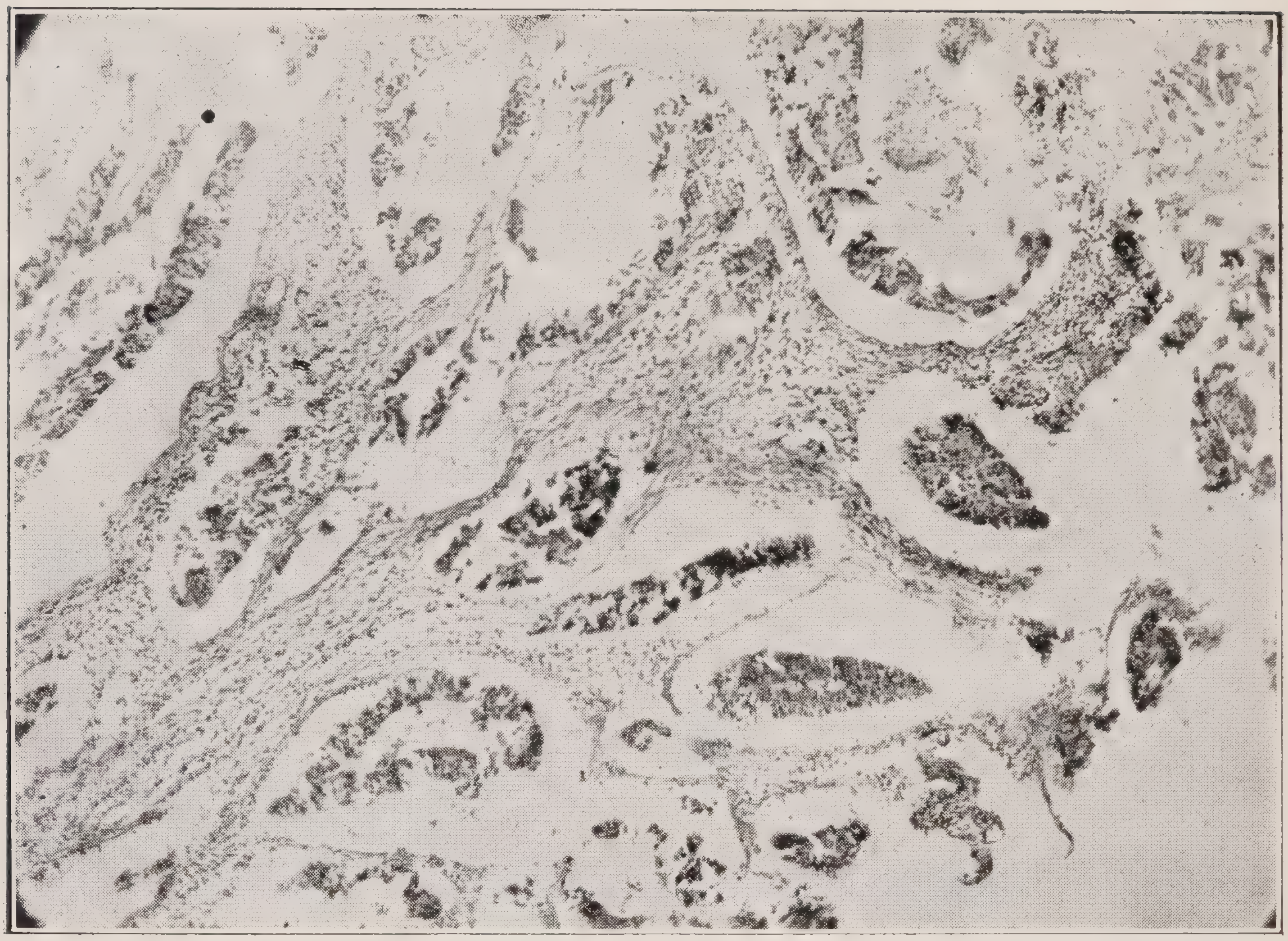
(٣) ارتشاح الانسجة بالخلايا المستديرة الصغيرة، والخلايامتعددة النويّات(١) وذلك ناشئ عن إصابة النمو السرطانى بالميكروبات القيحية .

الحالة الثانية : مريضة انجليزية عمرها ٥٠ سنة أرسلها الى الدكتور (داى) وهى مصابة بسرطان عنقى غددى . وهذا النوع ينشأ إما من الطبقات العميقة من البشرة البلاطية المغطيه لسطح العنق . أو من البشرة الاسطوانيه المغطية لتجويف العنق . ففى الحالة الأولى يتغلغل الى أعماق العنق مكوناً لعقد منغرسة فيه ثم يأخذ بعد ذلك فى التقرح على سطح العنق وفى تجويفه فى وقت واحد . وينتهى الأمر بأن يتهرأ العنق ويتحول الى تجويف عميق بشكل قمع رأسه نحو الفوهة الباطنة وقاعدته حيث كانت الفوهة الظاهرة ، وجدرانه مؤلفة من كتل عفنة شديدة الميل للنزف . وهذا النوع من السرطان لا يتقرح بسرعة ولكنه يأخذ فى الامتداد فى النسيج الخلوى . وعند فحص هـذه المريضة كانت استدارة العنق على أتمها أى لم تصل التقرحات الى الفوهة الظاهرة مع كون الارتشاح السرطانى قد امتد الى الرباط العريض بحالة كادت تجعل العملية مستحيلة . ويرى فى قطاعها الميكروسكوبى أنابيب غُدِّية غير منتظمة مختلفة الشكل والحجم وبعضها متمدد بشكل كيس وفى بعض هذه الانابيب تتكاثر الخلايا وتتوالد حتى تمتلئ بها الأنابيب ومعظمها من النوع الاسطوانى على أن قليلا منها قد تحول الى النوع البلاطي . ونجد أن الغشاء القاعدى قد انعدم فى بعض الجهات وتطرقت الخلايا المتولدة الى النسيج الضام وفى بعض جهات القطاع تشاهد الخلايا والأنسجة فى حالة استحالة أو تدهور وهو أمر كثير الحدوث فى الاورام الخبيثة .

الحالة الثالثة : مريضة مصرية عمرها ٣٠ سنة مصابة بسرطان تقرحى وهذا النوع اقل حدوثاً من سابقيه وهو ينتج قرحة قاسية(٢) الحافة وغير عميقة. ويضاعف

---

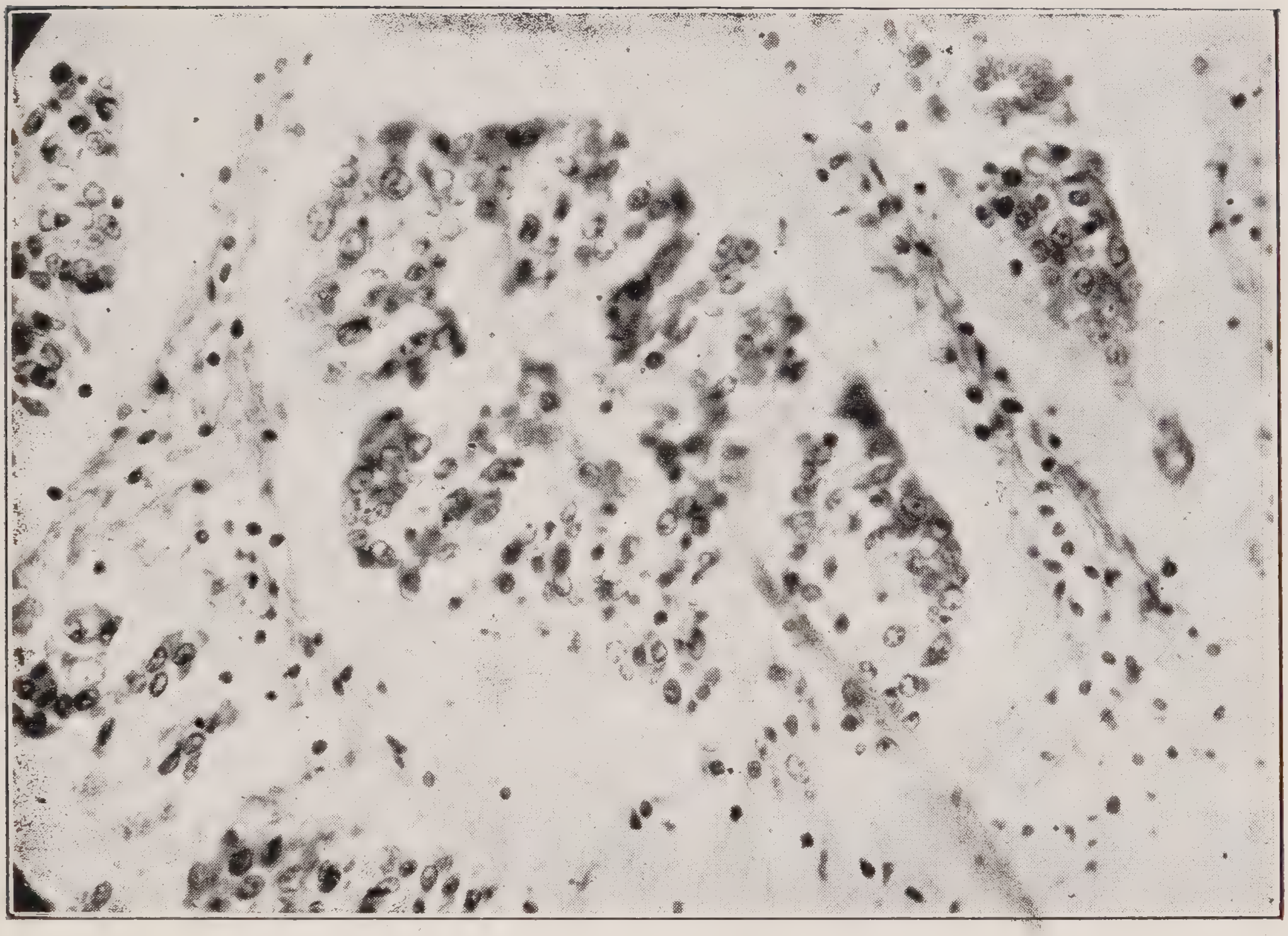
(١) النَّوِىّ (٢) جاسئة



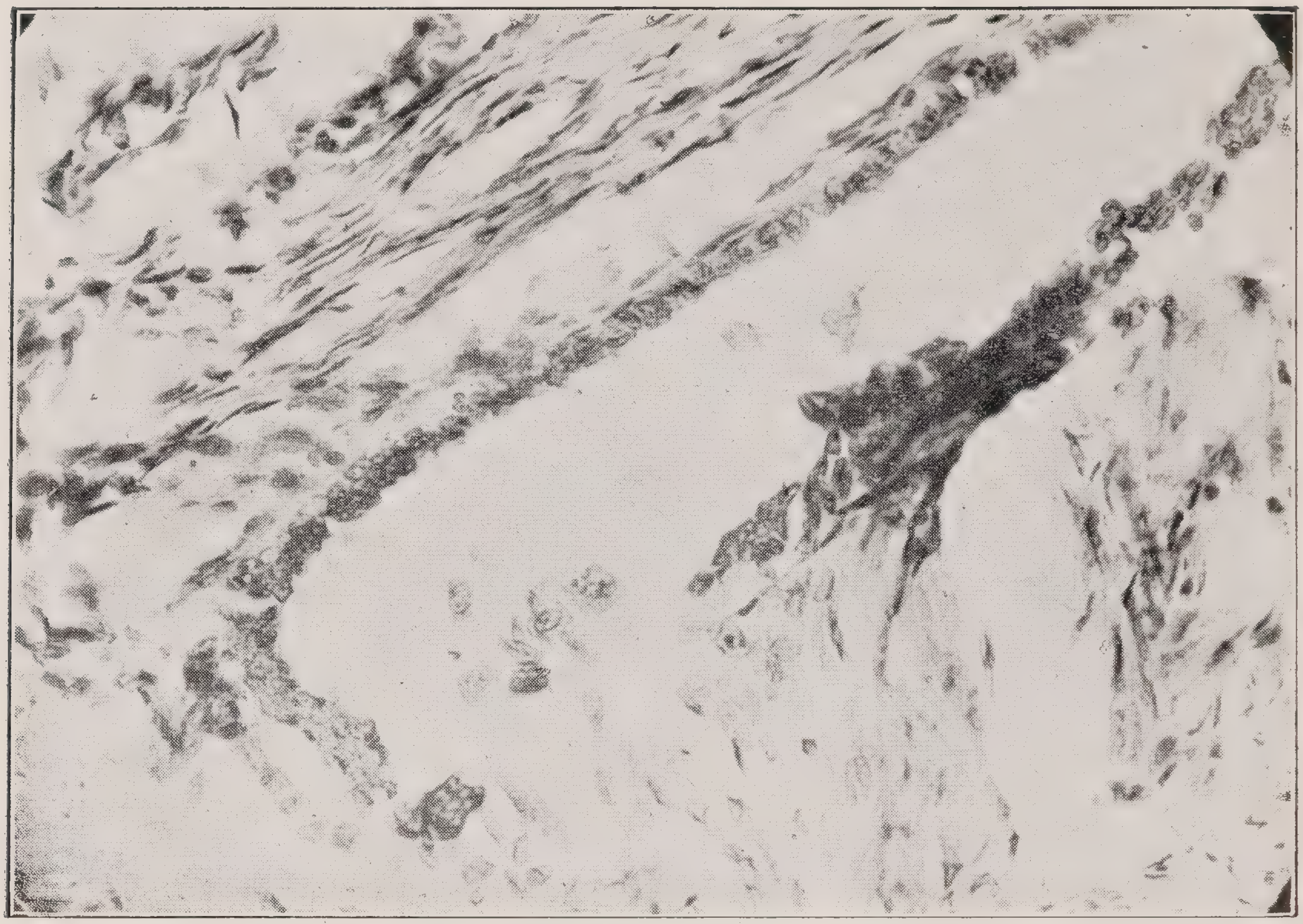
الحالة الثانية سرطان باطن العنق (سرطان غدى)
(القوة الصغرى للمكرسكوب) فتوغراف مكرسكوبى

سرطان باطن العنق — سرطان غدى

يشاهد انابيب غدية غير منتظمة مختلفة الشكل والحجم وبعضها متمدد بشكل تكيس وفى بعض هذه الانابيب تتكاثر الخلايا وتتوالد حتى تمتلئ بها ومعظمها من النوع الاسطوانى على أن قليلا منها قد تحول الي النوع البلاطى ونجد أن الغشاء القاعدي فى بعض الجهات قد انعدم وتسربت الخلايا المتولدة الى النسيج الخلوى وفى بعض جهات القطاع يشاهد أن الخلايا والانسجة فى حالة استحالة أو تدهور وهو أمر كثير الحدوث فى الاورام الخبيثة



الحالة الثانية (القوة الـكبرى للمكرسكوب) فتوغراف مكرسكوبى

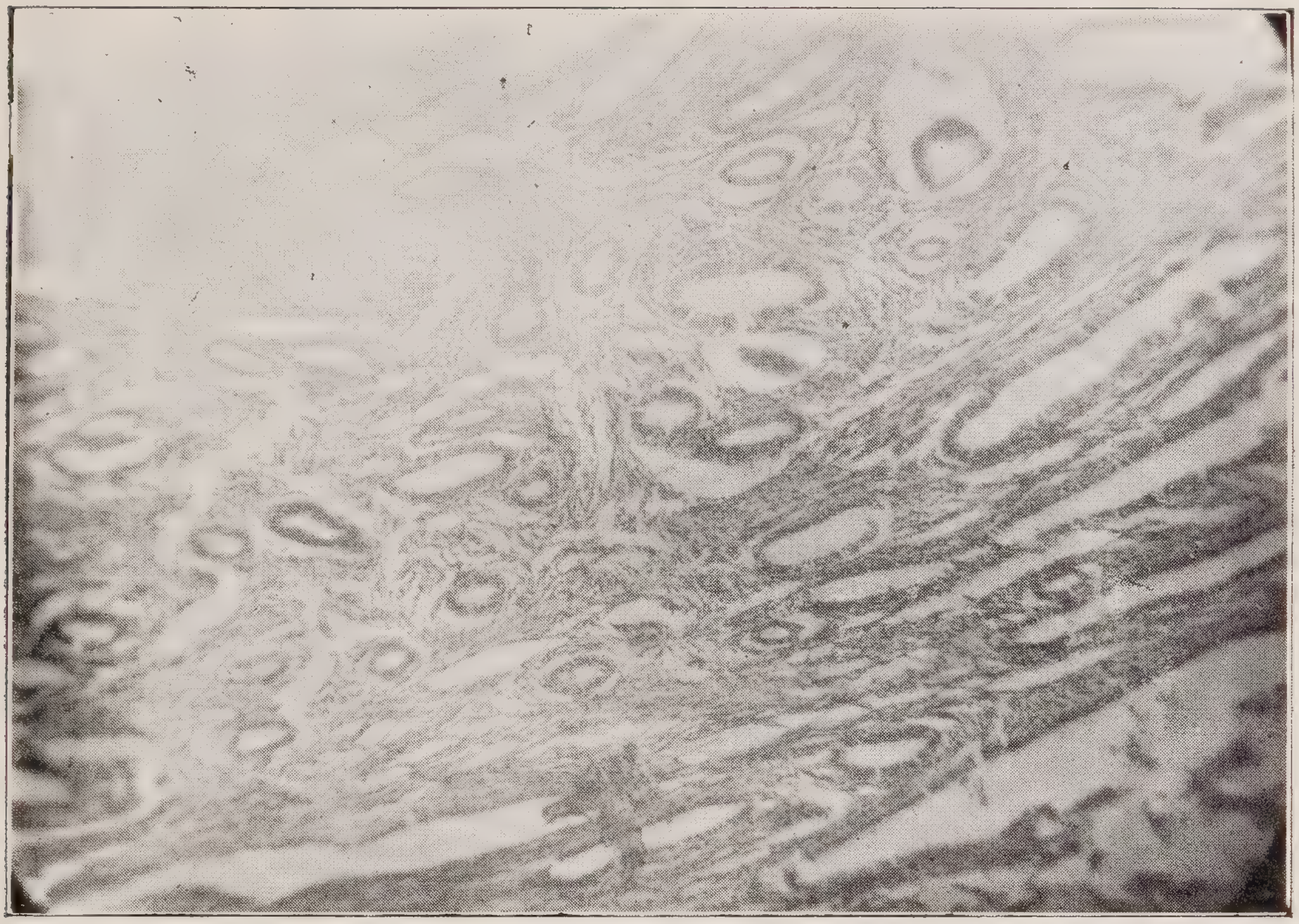


الحالة الرابعة (القوة الـكبرى للمكرسكوب)

سرطان غدى رحمى

ثانيا — يرى فى بعض الجهات أن غدداً من الغدد تكاثرت فيها الخلايا المبطنة وأحدثت نتوءا داخل الغدة ويشاهد أيضا عدم انتظام فى وضع النوايا وكثرة صور الانقسام وظواهره وعدم تلونها بدرجة واحدة

ثالثا — غزو النسيج العضلى بغدد يظهر فى بعضها زوال الغشاء القاعدى فى بعض الاجزاء. وفى خلال العضلات يشاهد أحيانا خلايا غدية مع عدم وجود الغدة



الحالة الرابعة (القوة الصغرى للمكرسكوب) فتوغراف مكرسكوبى

سرطان غدى رحمى

فى هذه العينة يشاهد أن بشرة الغدد لم تتكاثر أى أن الغدد مبطنة بطبقة واحدة من الخلايا وقد كان من الممكن أن تشخص الحالة كورم غدى بسيط ولكن يشاهد في بعض جهات الورم أن النسيج العضلى نفسه غزى بخلايا من المبطنة للغدد بل أنه يشاهد منغرساً فى العضلات غدد لا اتصال لها بالغشاء المبطن للرحم كما أن الغدد نفسها متكاثرة بدرجة اعدمت النسيج الخلوى

أولا — تكاثر الغدد فى الغشاء المبطن للرحم اذ نجد انابيب غدية غير منتظمة ومختلفة الشكل والحجم ونجد السدى المحيط بها قليلا جدا . أما الانابيب فمبطنة ببشرة عمودية مختلفة عن البشرة الطبيعية فى عدم انتظام شكل الخلية

عادة التقرحات البسيطة. وهو نادر الحدوث فى هذه السن لأنه يصيب غالبا المتقدمات فى السن .

الحالات الرابعة والخامسة والسادسة والسابعة سرطانات غُدِّية رحمية : اثنتان فى رحمين سليمين والأخريان فى رحمين مصابين بأورام ليفية أيضاً . وفى احدى العينات (رقم ٤) تشاهد نتوءات بوليبوسية مع ارتشاح جسم الرحم بالسرطان ويشاهد على السطح البريتونى ارتشاحات سرطانية وفى كل العينات ماعدا واحدة يلاحظ أن النمو لايمتد الى العنق وقد أخذ القطاع الميكروسكوبى من الحالة الرابعة .

ويشاهد فى هذه العينة أن بشرة الغدد لم تتكاثر أى أن الغدد مبطنة بطبقة واحدة من الخلايا. وقد كان من الممكن أن تشخص الحالة خطأ كورم غددى بسيط ولكن يشاهد فى بعض جهات الورم أن النسيج العضلى نفسه يحتوى على غدد لا اتصال لها بالغشاء المبطن للرحم . كما أن الغدد نفسها متكاثرة بدرجة أعدمت النسيج العضلى المحيط بها. والنقط المميزة لهذا النوع عن الأورام الغدية الحميدة هي

(١) تكاثر الغدد فى الغشاء المبطن للرحم إذ نجد أنابيب غُدِّية غير منتظمة ومختلفة الشكل والحجم ونجد السَّدَى[1] المحيط بها قليلا جداً. أما الأنابيب فمبطنة بطبقة عمودية مختلفة عن البشرة الطبيعية فى عدم انتظام شكل الخلية .

(٢) يرى فى بعض الجهات أن عدداً من الغدد تكاثرت فيه الخلايا المبطنة وأحدثت نتوءاً داخل الغدة . ويشاهد أيضاً عدم انتظام وضع النوايا[2] وكثرة صور الانقسام وظواهره وعدم تلون الخلايا بدرجة واحدة .

(٣) غزو النسيج العضلى بغدد يظهر فى بعضها زوال الغشاء القاعدى في بعض الاجزاء وفى خلال العضلات تشاهد أحيانا خلايا غُدِّية لا اتصال لها بالغدد .

ويرى الدكتور أنيس بك أنسى أنه فى أثناء تحول الخلايا العضلية الرحمية الى ورم عضلى ليفى تكون الخلية المتحولة عرضة الى الاستحالة الخبيثة. ويشاهد فى هذا القطاع : —

---

(١) Stroma (٢) النَّوِىّ

(١) خلايا صغيرة مستديرة سركومية

(٢) « مغزلية

(٣) « جبارة

(٤) « صديدية (كريّات بيضاء متعددة النوى) دليل تعفن الورم

(٥) « أوعية دموية . ويلاحظ أن جدرها مسترقة جداً وهذا هو السبب فى أن هذه الأورام تسبب نزفاً شديداً وربما كان ازدياد النزف فى الأورام الليفية مع اصطحابه بمفرزات عفنة من أهم العلامات التى توجه النظر إلى امكان حدوث استحالة سركومية .

(٦) خلايا متدهورة

(٧) الورم الليفى غير المستحيل

الحالة التاسعة : حالة اندوثليوما أو پريثليوما رحمية .

تنشأ الأندوثليوما من تضاعف خلايا الطبقة الباطنة لأوعية لمفاوية أو دموية متوسطة الحجم . اما الپريثليوما فتنشأ من تضاعف خلايا الطبقة الخارجية لهذه الأوعية . ولا يمكن تمييز هذه الأورام بالعين المجردة عن الأورام الخبيثة الأخرى وهى أنواع من السركوما وأقل منها خبثاً . وبالفحص الميكروسكوبى يصعب جداً التمييز بين الاندوثليوما والسركوما ذات الخلايا المستديرة الصغيرة إلا اذا شوهدت الخلايا المبطنة للوعاء متحولة إلى خلايا خبيثة ومالئة له .

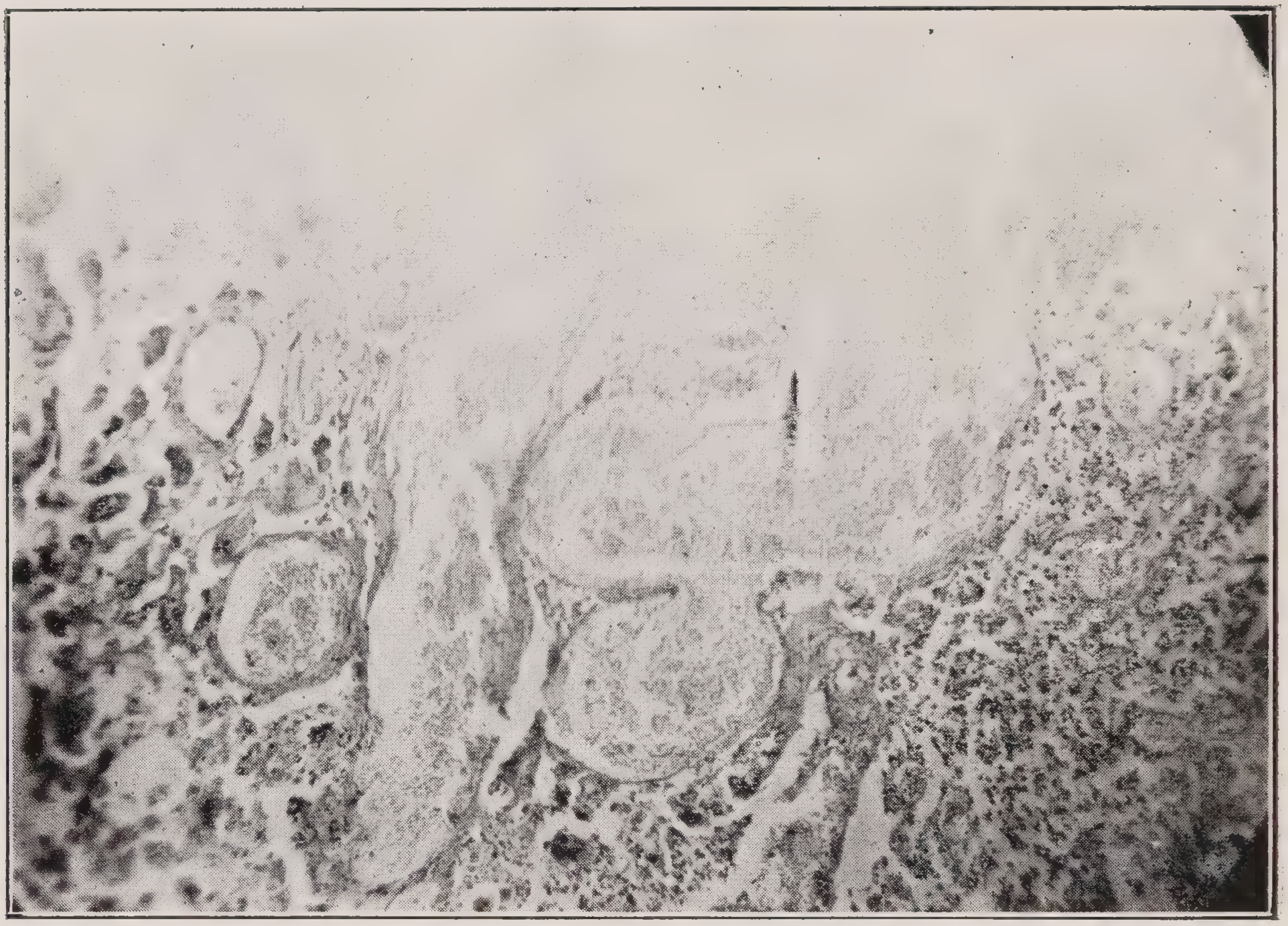
أما الپريثليوما فتشاهد فيها تجمعات من الخلايا المستديرة الصغيرة ناشئة من الوعاء ومحيطة به ومنتشرة فى الانسجة المحيطة . وهذه العينة هى غالباً من هذا النوع

الحالتان الثامنة والعاشرة سركوما رحمية فالحالة الثامنة لسيدة مصرية عمرها ٤٠ سنة وهى حالة سركوما ضاعفت ورماً ليفياً وهى التى أخذ منها القطاع أما الحالة العاشرة فشخصت كورم ليفى تحت مخاطي بارز من العنق بشكل بوليوس وظهر من فحصه أنه سركوما وهاتان الحالتان تمثلان لنا الصعوبة التى يصادفها الطبيب فى تشخيص هذه الاورام فهى لا تختلف فى شىء عن الاورام الليفية ولا تظهر الا بالفحص الميكروسكوبى والسركوما التى تضاعف الاورام الليفية تنشأ عادة من



الحالة التاسعة : بريثليوما رحمية (فتوغراف مكرسكوبى)

تشاهد فيها تجمعات من الخلايا المستديرة الصغيرة ناشئة من وعاء دموى ومحيطة به ومنتشرة فى الانسجة المحيطة بالوعاء.



الحالة رقم ٨ فتوغراف مكرسكوبى (القوة الصغرى للمكرسكوب)
سركوم مضاعف لورم ليفى فى الرحم

يشاهد فى هذه الصورة

(اولا) خلايا صغيرة مستديرة سركومية

(ثانيا) « مغزلية

(ثالثا) « جبارة

(رابعا) « صديد (كرات بيضاء متعددة النويات) دليل تعفن الورم

(خامسا) أوعية دموية ويلاحظ أن جدرها مسترقة جدا وهذا هو السبب فى أن هذه الاورام تسبب نزفاً شديداً وربما كان ازدياد النزف فى الاورام الليفية مع اصطحابه بمفرزات عفنة من أهم العلامات التى توجه النظر الى امكان حدوث استحالة سركومية

(سادسا) خلايا متدهورة

(سابعا) الورم الليفى غير المستحيل



الحالة رقم ٨ (القوى الكبرى للمكرسكوب) سركوم مضاعف
لورم ليفي فى الرحم

النسيج الضام للورم الليفى.

وقبل أن ننتهى من القسم الميكروسكوبى للمحاضرة أريد أن الفت نظر حضراتكم إلى الصعوبات التى يلاقيها الباثولوجى فى البت فى طبيعة القطاعات التى يفحصها.

إنه حقاً يواجه مسألة صعبة الحل ففى فحص متحصلات الكشط لا ينـدر أن نجد فى الالتهاب المزمن التضخمى للغشاء المبطن للرحم أن بعض الخلايا البشرية قد اخترقت الغشاء القاعدى . وربما كان ذلك بسبب انزلاق بعض الخلايا على شفرة الميكروتوم . أما فى قطاعات الأورام فكثيراً ماتؤخذ العينة من الجهات التى حدث فيها تدهور الورم وتعفنه فلا نجد سوى خلايا ميتة لا يمكن تعيين علاقاتها بالانسجة المجاورة . وقد تؤخذ العينة من جهات سطحية ولا تؤخذ معها أنسجة سليمة فلا يمكن تقدير قيمة ارتشاح الأنسجة السليمة بالخلايا السرطانية . ويحسن عند أخذ العينات للفحص ملاحظة أنها تشمل جزءاً من النسيج الصحيح وأن لا تؤخذ من الجهات الأكثر تعفناً ثم توضع مباشرة فى محلول فورملين ١٠ ٪ أو فى محلول ملحى ٥ ٪ اذا تيسر ارسال العينة للباثولوجى في ذات اليوم .

وقد لا تتفق نتائج البحث الباثولوجى فى بعض الأحيان مع الظواهر الإكلينيكية . ولكنى أرى الاعتماد على نتيجة الفحص الميكروسكوبى أقرب الى مصلحة المريضة ويخلى الجراح من مسئولية كبرى إذا استفحل الداء بسبب احجامه عن عمل العملية لعدم توافر الظواهر الاكلينيكية . وقد حدث لى شيء من هذا القبيل فقد استشارتنى سيدة يونانية بسبب نزف رحمي فوجدت تضخماً قليلا فى جسم الرحم ولكنى بسبب كبر سن المريضة أردت الاحتياط فكشطت التجويف الرحمي وأرسلت متحصل الكشط للدكتور أنيس بك وكان تقريره أن الحالة سرطانية . فعرضت على المريضة عمل العملية فرفضت وأخذت القطاع معها وسافرت إلى أثينا وكتبت لى من هناك خطابا تقول فيه أنها عرضت القطاع على باثولوجيين فى أثينا فقالوا انه حالة التهاب رحمى باطنى وأخبرتنى أن النزف انقطع وأن حالتها أحسن بعد عملية الكشط ولم أسمع عنها شيئاً الا بعد سنتين حين عادت اليَّ وقد بلغ السرطان مبلغاً لا تصلح فيه العملية .

الاوصاف الاكلينيكية لسرطان العنق

(الاعراض) : ان هذا الداء فى بدئه مخادع حتى يجوز القول بوجود دور خفى له تحفظ العليلات فى أثنائه جميع ظواهر الصحة . وأول ماينبه الفكر نزف دموى قليل فى الغالب ويكثر حدوثه عقب الوطء أو مجهود التغوط . وليس حدوثه عقب الوطء خاصاً بالسرطان فقد يحدث فى تقرحات العنق البسيطة وفى البوليبوسات المخاطية . أما الحيض ذاته فى سرطان العنق فلا يزداد مقدارا ولا يختل ميعادا الا فى أحوال قليلة . والمشاهد أن النساء اللواتى بلغن السن التى يمكن أن يطرأ فيها المرض لا يعبأن كثيرا بالنزف القليل الذى يحدث لهن وقد يحسبنه دليلا على قرب انقطاع الطمث (بلوغ سن اليأس) . والنزف فى بدء السرطان لا يصطحب باعراض أخرى كالافراز الصديدى أو الالم . على أنه قد يكون هذا الداء الخبيث موجودا أو أنه قد وجد منذ بضعة شهور قبل ظهور أول أثر من آثار النزف لان عرض النزف هذا لا يحصل حتى يكون تآكل الاوعية السطحية قد حدث من جراء تقرح السرطان

العرض الثاني الذى يلى النزف المشار اليه هو وجود مفرزات . وفى بعض الاحوال يسبق الافراز النزف خلافا للعادة . والافراز فى هذه الدرجة يكون أصفر أو أسمر ويكون غالباً قليل المقدار وليس له رائحة كريهة . وسببه اصابة الجزء المتقرح بالساپروفيت[1] وأحياناً يكون الافراز غزيرا ويظهر على الخصوص فى الحالات التى من النوع القنَّبيطي ولا تظهر أعراض أخرى غير هذين العرضين قبل استفحال الداء فليس هناك تأثير سيء على الصحة العمومية . وفي معظم الحوادث لا يكون الألم موجودا ويزداد النزف تدريجاً وعلى الأخص فى الأحوال التى يتقرح فيها السرطان . وفى بعض الاحوال ولا سيما فى النساء الطاعنات فى السن يكون النزف قليلا طول مدة الداء

---

(١) الميكروبات الرمَّامة

الالم : لايكون الألم قط من أعراض الداء الاولى وانما يمكن أن يصاحب النزف والافراز . وحدوث الالم يدل اما على أن النسيج الخلوى حول العنق قد ارتشح بالسرطان أو على حدوث التهاب ثانوى ناشئ عن التعفن بسبب هجوم بعض الميكروبات على أنسجة الورم المتآكلة . والألم الناشئ عن الارتشاح السرطانى سببه على الأرجح انسداد المجرى الليمفاوى فى البقعة المصابة . ويشعر بالألم الناتج عن سرطان العنق فى أسفل الظهر عادة . وقد يأتى على هيأة نوبات ولا يسكن بالاستلقاء على الظهر أو الاضطجاع . ويغلب أن يكون في الليل أشد منه فى النهار .

فيتضح مما تقدم أن بدأ السرطان فى العنق مخاتل خداع والاعراض الاولية التى يبديها بسيطة بحسب الظاهر ومتأخرة فى الظهور . ولهذا أرجوكم أن تسمحوا لى بابداء بعض ملاحظات في تشخيص هذا الداء القتال فى أدواره المختلفة .

تشخيص سرطان القسم المهبلى من العنق

تتوقف أحوال المرض التى توجد عند فحص عنق الرحم على الشكل الذى يتخذه حينئذ ويغلب أن تشاهد حالات مستفحلة بينما تكون مدة الاعراض قصيرة وقليلة الاهمية ويندر جداً فى مصر أن نشاهد الادوار الباكرة من المرض فاذا شوهدت يرى النمو بشكل عقدة مرتفعة صلبة أو على شكل قرحة غير عميقة شاغلة جزء من الفوهة الظاهرة وممتدة على العنق . أما اذا كان الورم كبير الحجم فانه يحدث تغييراً ظاهراً فى استدارة العنق ولكن يمكن تحديد مركز الفوهة الظاهرة اذ لا يعمها المرض تماماً فى ذلك الدور . واذا كشط سطح النمو كشطاً خفيفاً بظفر الاصبع يدمى لانه هش القوام وتخرج أجزاء منه مع الدم . ثم يجب أن يفحص العنق بواسطه المنظار فى نور كاف فيرى الجزء المصاب أقتم لوناً من لونه الطبيعى وفاقداً للمعانه ، وسطحه غير منتظم . وفى الأجزاء التى تقرحت يبدو متآكلا ويكون ذلك عادة فى القسم المجاور للفوهة الظاهرة التى تمثل أقدم أجزاء النمو . وأما الاجزاء

الأخرى فتكون ناعمة ولاتزال مغطاة ببشرة مخاطية صقيلة لاتزال سليمة. والاجزاء المتقرحة تدمى حين تمسح بالقطن ولو برفق . وفى أحوال كهذه لا يكون تشخيص الداء مشكوكا فيه. والاوصاف التالية كافية لتقرير أن الداء من النوع الخبيث : —

(١) وجود بقعة بها ارتشاح متيبس عقدى

(٢) تقرح بعض أجزاء هذه البقعة

(٣) هشاشة الأنسجة كما يستدل عليها من سهولة كشطها بالظفر

(٤) حدوث النزف بكثرة على أثر الكشط

ويفيد الفحص اليدوى المزدوج فى تقدير امتداد النمو ، واليبوسة المحيطة به ، وتحرك هذه الكتلة العمومى . وأخيراً يجب اجراء الفحص المستقيمى . بل والفحص المستقيمى المهبلى أيضاً فى كل حالة من حالات سرطان العنق . وحينئذ يلاحظ جيداً مقدار ارتشاح الاربطة العجزية الرحمية ، وقاعدتى الرباطين العريضين . إذ يسهل بهذه الطريقة تقدير امتداد المرض أكثر مما لو اقتصر على الفحص المهبلى وحده . والفحص المستقيمي أسهل الطرق التى يمكن الوصول بها لبحث السطح الخلفى للجزء العنقى فوق المهبلى .

وسنذكر الآن بعض الامراض التى تشتبه بالسرطان فنقول : قد يشاهد السرطان قبل التقرح أو بعده ففى الاحوال النادرة التى يلاحظ فيها المرض قبل تقرح السطح يكون التشخيص صعباً جدا لاننا نرى حينئذ عقدة صغيرة حمراء قاتمة مرتفعة قليلاشاغلة لجزء من الفوهة الظاهرة . وقد تلتبس هذه العقدة بورم عضلى ليفى صغير غير أن هذا الاخير يكون أوضح حدّاً ، ولا توجد علامة ما للارتشاح أو الالتهاب حوله . ولا يكون الغشاء المخاطي ملتصقاً بالجسم الليفى كما في السرطان . ففى السرطان فقط يلتصق الغشاء المخاطي بالنمو الذى تحته حتى فى أبكر أدوار المرض مانحاً للانسجة قواما صلباً أملس كقوام المطاط المبلل . وقد تلتبس عقدة السرطان

أيضاً بغدد نابوث . ولكن هذه لو وخزت خرج منها مخاط رائق أو عكر قليلا .

أما اذا شوهد السرطان بعد التقرح فقد يلتبس بتقرح العنق البسيط . ولكن سطح السرطان ليس قطيفياً كسطح التقرح بل أخشن نوعا ومعقد بينما التقرح البسيط يكون ملمسه ملساً . وأنسجة التقرح البسيط غير هشة فلا تكشط بالظفر ولا تدمى الا نادرا واذا أدمت فالدم الذى ينزف منها قليل ومن بقعة أو بقعتين وليس من كل السطح المصاب كما يحدث فى السرطان . ولون السرطان كما ذكرنا مغاير للون التقرح البسيط فانه أحمر لامع في التقرح البسيط وداكن قاتم فى السرطان . واذا التبس التشخيص وجب أن يفحص نموذج منها فحصاً ميكروسكوبياً بكل عناية وتدقيق . فتقطع قطعة قطرها نحو سنتيمتر من طرف البقعة المصابة لكى تشتمل على قطعة من النسيج السليم وتوضع فى الحال فى محلول ضعيف من الفورمالين قبل أن ترسل للفحص الميكروسكوبى . وقد تلتبس قرحة السرطان فى بدئها بالتقرحات الدرنية أو القرحة الزهرية . أما درن عنق الرحم فنادر جدا فى مصر واذا حدث فلا يكون أوليا بل تكون علامات الدرن فى الاعضاء الاخرى قد لفتت الانظار الى احتمال وجود هذا الداء فى العنق . والاوصاف المميزة للقرحة الدرنية هي أنها تفرز مفرزات مخاطية صديدية بغزارة ولا تدمى بسهولة وليس نسيجها هشاً كالسرطان . وفى حالة الالتباس يفصل الفحص الميكرسكوبى بين المرضين ـ أما القرحة الزهرية فلا يندر أن تصيب العنق . ولكن طبيعة المرض تتضح جيدا بظهور العلامات الزهرية الاخرى . والبحث البكتريولوجى يثبت وجود السبيروكيت الخاص بالزهرى . فاذا التبس الامر يعمل قطاع ميكروسكوبى : —

وقد أشار هيتزمان بالطريقة الآتية لتمييز القرحة السرطانية عن غيرها : —

تغمس قطعة من القطن فى محلول مركب من ١٠ ٪ من سلفات النحاس و توضع فوق الجزء المشتبه فيه لمدة دقيقة أو دقيقتين فاذا كان التقرح بسيطاً تغطى

بطبقة بيضاء مزرقة ولا يحدث نزف . واذا تكرر عمل ذلك كل ٣ — ٤ أيام يشفى التقرح . أما اذا كان التقرح سرطانياً فالتقرح يدمى بغزارة واذا تكرر العمل بعد ٣ أيام يزداد النزف .

تشخيص سرطان باطن العنق

السرطان الذى ينشأ فى باطن العنق يأخذ أولا فى الامتداد فى الأنسجة العضلية حتى يصبح العنق ضخماً متصلباً ، ولا يصل الى الفوهة الظاهرة الا بعد أن يستفحل الداء . ولهذا يصعب تشخيصه فى أول الأمر . والجس المستقيمى وحده هو الذى يرشدنا فى هذه الأحوال الى أى درجة وصل ارتشاح الأنسجة المجاورة للعنق . وفى حالة الشك فى التشخيص يجب الإستعانه بالميكرسكوب بعد تمديد العنق وكشط الورم بملعقة صغيرة حادة . أما الأحوال التى يصل فيها التقرح الى الفوهة الظاهرة فيسهل التشخيص لاننا نحس وقتئذ بكتلة معقدة سهلة التهرؤ . وفى الأحوال المستفحلة نحس بكهف محوط بأنسجة صلبة .

تشخيص أدوار المرض الاخيرة

تتميز أدوار السرطان العنقى الأخيرة بما يفرزه من المفرزات النتنة والنزف . وقد يكون الافراز مستمراً وقليلا وقد يحدث على نوبات غير منتظمة المواعيد بمقادير غزيرة . وفى بعض الاحوال النادرة وعلى الأخص عند الطاعنات فى السن قد يقل النزف أو ينعدم بتاتاً حتى فى الأدوار الأخيرة . وفى الشكل التقرحي يمحّى العنق ويتحول مكانه الى كهف عميق فنجانى الشكل ذى جدران متيبسة عديمة الانتظام ممتدة الى القسم الأسفل من تجويف الرحم ومشتمل أيضاً على قبوة المهبل . وقد يمتد المرض الى جدران المهبل وخصوصاً الجدار المقدم حتى فوهة المهبل نفسه . وفى جميع هذه الحالات يصاب النسيج الخلوى الحوضى . ويمكن تقدير درجة

ارتشاحه بالجس المستقيمى وهو أفضل فى هذا الظرف من الجس المهبلى . لان الجس المهبلى يمكننا فقط من تعيين حدود التقرح أما فى الفحص المستقيمى المهبلى أو المستقيمى وحده فيمكن تحديد كتلة النمو الجديد وتعيين مقـدار ارتشاح الورم فى الامام والجانبين وحول المستقيم .

أما فى النوع القنبيطي فتتكون كتلة كبيرة من السرطان وتشغل القسم الأعلى من القناة المهبلية وهـذه الكتلة تتصل بالعنق أو تحل محله وأحيانا ينقسم سطحها بأخاديد ويكون لونها قاتماً وسطحها مغطى بطبقة متنكرزة[1]، وأحياناً تكون كتلة السرطان كبيرة الى حد أن تملأ كل المهبل . ويشتبه السرطان فى هـذه الحالة بالبوليبوسات الليفية الـكبيرة المتعفنة . ففى كلا المرضين ينزف الدم غزيراً فى أثناء الفحص ولا يسهل العثور على عنيق البوليبوس الابصعوبة . وفي أدوار المرض الأخيرة تكون المفرزات نتنة ذات رائحة كريهة لا تكاد تحتمل على أن المريضـة نفسها قد لا تحس بمقدار هذه الـكراهة. وهـذه المفرزات شديدة التهيج للجلد فتحدث التهاباً فرجيّاً وحكّة وأكزيما . وفى درجات السرطان العنقى الاخيرة تشـتد الاعراض العمومية فتأخذ المريضة فى الهزال ولـكنه لايشتد الا في أواخر المرض ويتأخر ظهوره عند الطاعنات في السن . وتظهر الآن (الـكاشكسيا) — سوء المزاج — فيتلون الجلد باللون الأصفر التبني ويكتسب جفافاً وخشونة خاصين ويزيد التوعك وفقد الشهية للطعام ويقل النوم بسبب الألم فى الليل

وفى السرطانات المستفحلة التى تصطحب بنواسير بولية ومستقيمة يتحول المهبل الى شبـه بالوعة تنفتح فيـه المثانة والمستقيم معاً ويمتلئ بالمفرزات العفنـة والصديد وكتل الدم النتنـة . ويتعذر تصور حالة يرثى لها كحالة العليلة في هذا الدور . وأحياناً ينسد أحد الحالبين بامتداد السرطان اليه فيتمدد جزءه الواقع فوق الانسداد وتتعطل وظيفة الـكلية المفرغة فى ذلك الحالب . ويمكن أن يحـدث

---

(١) عَطِبة

ناسور حالبى في قبوة المهبل بسبب التقرح . وقد يمكن أن يصعد التعفن الى الـكلية ويفضى الى الموت •

وقد ينشأ من وصول التعفن الى تجويف الرحم سلسلة من الاعراض المختلفة التى يساعدها على الظهور تجمع المفرزات فى باطنه لتعذر خروجها من العنق فيتكون تجمع صديدي رحمى قد يضاعف بتجمع بوقى صديدى اوبالتهاب بريتونى صديدى ينتهى بالوفاة •

(تشخيص إمكان العملية)

تعد الحالة السرطانيـة قابلة للعملية حين يكون فى الامكان استئصال جميع الانسجة المصابة • وليس من السهل بالفحص اليدوى وحده الوصول الى حكم بات • ومعظم المؤلفين يحبذون فتح البطن الاستقصائى للتأكد من إمكان العملية • فان كثيرا من الاحوال التى يظن أنها لا تصلح للعملية بسبب سريان الداء فى النسيج الخلوى وعدم تحرك العنق ظهر بعد فتح البطن صلاحيتها للعملية اذ وجد أن سبب تثبت العنق ارتشاحات التهابية • وهناك نقطتان جوهريتان يجب الركون اليهما

(أولا) درجة تحرك الرحم

(ثانياً) مقدار امتداد المرض الى الانسجة المحيطة به

أما تحرك الرحم فيمكن امتحانه بالاصـابع فى أثناء الفحص اليدوى المزدوج وحينئذ يلاحظ بالتدقيق الى اى حد يمكن أن يتحرك العنق لـكل الجهات وأحياناً يمكن امساك القسم السليم من عنق الرحم بواسطة جفت ذى مشبكين وشده بلطف نحو الفرج • وبالفحص المستقيمى يمكن تقدير مقدار سريان المرض الى النسيج الخلوى ولـكن الصعوبة الـكبرى هى التمييز بين الارتشاح السرطانى والالتهاب على ان الاخير قـد يكون مصحوباً بتجمع بوقى أو بوقى مبيضى . ولا يتوقف البت فى امكان العملية على الحالة الموضعية فقط بل ان حالة المريض العمومية يجب أن

تدخل فى الحساب اذ لا يخفى أن عملية استئصال الرحم بطريقة (ڤرتيم) عملية خطيرة ويندر أن تحتملها النساء اللواتى فوق الستين من العمر أو اللواتى أنهكهن النزف أو المصابات بسوء المزاج أو اللاتى تعتريهن حمى متقطعة بسبب تعفن الورم . وتعتبر الحالة غير صالحة للعملية بتاتاً اذا كانت المريضة قد أنهكها النزف أو اذا كان العنق مثبتاً تماما ومحاطاً بارتشاحات سرطانية أو امتد المرض الى المثانة وسبب ناسورا بوليا .

وتكون الحالة صالحة للعملية اذا كان العنق لا يزال متمتعاً بحركة تامة أو معتدلة أو اذا كانت الاربطة غير كثيفة أو كثيفة قليلا وكانت حالة المريضة العمومية غير متأثرة من المرض أو متأثرة قليلا . وبين هذه الحدود يوجد كثير من الحالات المشكوك فى أمرها . وبين الاثنتين والثلاثين عملية التى أجريتها كانت حالتان فقط لا يزال فيهما العنق متمتعاً بحركة تامة وكانت البقية من الحالات بين الصلاحية وعدمها بل ان كثيرا منها كان أميل الى عدم الصلاحية ولكن بعد فتح البطن اتضح لى امكان استئصال المرض .

(المدة والتشخيص)

يرى من مراجعة الاحصاءات التى نشرت أن مدة المرض فى الاحوال التى لم تعمل لها عملية سنة وستة أعشار من بدء ظهور الاعراض . وقد تقدم القول أن بداءة المرض الفعلية تسبق بداءة ظهور الاعراض بمدات مختلفة وغير قصيرة والحالات التى رفضت العملية ولكن تيسر لى مراقبتها طالت فيها مدة المرض أكثر من ذلك بكثير وعلى الأخص فى الحالات التى بدأ فيها المرض بعد سن اليأس فقد عاش معظمها من ثلاث الى خمس سنوات أما اللواتى أصبن بالمرض فيما دون الثلاثين من العمر فلم يعشن أكثر من عام وعلى الأخص اذا ضاعف الحمل السرطان وذلك لسرعة سريانه بسبب الدورة الدموية التى تزداد حينئذ ويشتد

الخطر بسبب حمى النفاس والجروح التى تحدث في العنق المصاب

أعراض سرطان جسم الرحم

سرطان جسم الرحم أندر من سرطان العنق ويحدث عند متكررات الولادة وعند العاقرات على السواء . ويحدث عادة بين الخمسين والستين وهو نادر الحدوث جداً قبل الخامسة والاربعين

أدواره الاولى : أعراض سرطان الجسم تشابه كثيراً أعراض سرطان العنق بيد أنها تظهر متأخرة وأقل وضوحاً والمفرزات التى تحدثها أقل عفونة من التى يحدثها سرطان العنق لان العنق بفوهتيه الظاهرة والباطنة يمنع وصول التعفن لباطن الرحم . والتجويف الرحمى فى الحالة الصحية عقيم في حين أن المهبل يشتمل دائما على عدد من السابروفيت(١) . ثم ان مقدار النزف أقل وقلما يكون غزيراً والعادة أن يكون افرازاً ملوثاً بالدم وهو أول عرض من أعراض المرض . وفي كثير من الحوادث يكون هذا النزف قليلا جداً ويستمر عدة أشهر قبل أن تعرض المريضة نفسها على طبيب . وهذا يجعل التشخيص أصعب منه فى سرطان العنق ويبين ضرورة التصميم على عمل فحص موضعى دقيق لكل مريضة قرب سن اليأس أو بعده إذا شكت من مفرزات مهما قل مقدارها . وفى معظم الأحوال نجد عند الجس تضخماً فى جسم الرحم الا فى الأحوال التى يكون الرحم فيها قد ضمر قبل الاصابة فان الضخامة الحادثة تعيده الى حجمه الطبيعى وعلى ذلك فاذا كانت الاعراض واضحة فلا ينبغى أن يحتم بعدم الاصابة بالسرطان بحجة أن الرحم ضامر . والتضخم الذى يحدث بسبب السرطان معتدل عادة فى مقداره . ويكون شكل الرحم منتظما الا فى الأحوال التى يضاعف فيها السرطان أوراما ليفية . ولا يسبب سرطان الجسم تغييراً واضحاً فى تحرك الرحم الا فى الادوار المتقدمة

---

(١) النباتات الرمامة

وقد يستحيل البت فى التشخيص بغير فحص محتويات الرحم ميكروسكوبياً . وفى عمل ذلك تجب العناية التامة فى ادخال الممددات وفى الكشط بالملعقة لأن جدر الرحم تكون هشة وكثيراً ما ينثقب جدار الرحم بالمجس أو الملعقة أو الممدد فاذا حدث ذلك فلا بد من استئصال الرحم في الحال . ويغلب أنه فى أثناء تمديد العنق تخرج منه شذرات من النسيج مشتملة على نسيج سرطانى هش رمادى اللون فاذا حدث ذلك كان كافياً لتقرير التشخيص .

أما الأحوال التى تشتبه بسرطان الجسم فهي التهاب باطن الرحم الشيخوخى والالتهاب الرحمى التضخمى والأورام الليفية الخلالية وتحت المخاطية

الادوار الاخيرة : فى الادوار الأخيرة تحدث المفرزات الكريهة الرائحة الناتجة عن تقرح السرطان ثم يأخذ الرحم فى التثبت بسبب امتداد الرحم السرطانى الى الترب والى المستقيم والقولون الحوضى وفى الادوار الاخيرة يرتشح النسيج الخلوي . أما من حيث الاعراض العمومية فالأدوار الأخيرة فى سرطان العنق وسرطان الجسم متماثلة تماماً

العملية الشافية : متى أصيب العنق بالسرطان لا يكون من أمل فى الشفاء الا باستئصال جميع الأنسجة المصابة وجميع ملحقات الرحم و توابعه وجزءاً من المهبل والأنسجة الخلوية المحيطة بالرحم والأوعية اللمفاوية التى تشملها أيضاً وهى عملية خطيرة جداً ولا يصح عملها الا اذا كان الرجاء بالشفاء من وراء عملها قوياً . والعملية التى يفضلها الجميع هي عملية (ڤرتايم) وهي التى أتبعها فى كل عملياتى . وكثيراً ما ينتكس السرطان بعد العملية بسنة أو أكثر . ولا تعتبر المريضة قد شفيت الا إذا مرت خمس سنوات بعد العملية ولم ينتكس المرض . وقد دلت الاحصاءات التى عملها ڤرتايم سنة ١٣ عن ٧١٤ عملية على أن الوفيات الأولى بعد العملية بلغت ١٦٫٦ ٪ وبعد خمس سنوات ٦٠ ٪ تقريباً وآخر احصاء نشره Bonney عن

١٩٢ عملية . كانت نسبة الوفيات بعد العملية ٦ ٪ واللواتى شفين وبقين أحياء بعد خمس سنوات ولم ينتكس عندهن المرض ٤٩ ٪ وهي نسبة حسنة جداً ولكن الذين كتبوا عن احصاءات السرطان يقدرون الحوادث السرطانية التى لم ينتكس فيها المرض بعد خمس سنوات ٢٥ ٪ وبعضهم ينزل النسبة الى أقل من ذلك بكثير . والواقع أن نجاح هذه العملية لا يتوقف على كفاءة الجراح فقط بل أيضاً يتوقف الى حد كبير على طريقة انتقاء المريضة من حيث درجة اصابتها بالمرض وكذلك على السرعة في اجراء العملية اذ كثيراً ما تستغرق هذه العملية ساعتين ولكن قد يمكن اجراؤها فى ساعةوربع . وبعد الخمس والاربعين دقيقة الاولى يكون لكل دقيقة أهميـة كبرى ويتضح ذلك جلياً اذا لاحظنا نبض المريضة فى أثناء العمل .

وفى العمليات التى عملتها كانت النتيجة كالآتى :

٤ مريضات أو ١٢٫٥ ٪ توفوا بعد العملية اما بالالتهاب البريتونى واما من الصدمة .

١٠ مريضات أو ٣١٫٢٥ ٪ انتكس فيهن المرض بعد ٣ سنوات

٥ مريضات أو ١٥٫٦٢ ٪ « « بعد ٤ ـ ٥ سنوات

١٣ مريضة أو ٤٠٫٦٣ ٪ بقين أحياء ولم ينتكس فيهن المرض بعد ٥ سنوات ولكنى لو استثنيت العشر العمليات الاولى لكانت الوفيات الاوليـة ٤٫٥٥ ٪ فقط والشفاء التام بعد خمس سنوات ٥٥ ٪ لأن عدد الوفيات الاولية بعد العملية واحدة فقط وبعد خمس سنوات انتكس المرض عند تسعة وبقيت ١٢ عائشات خاليات من المرض ولكنى فضلت أن يشمل هذا الأحصاء كل العمليات بغير استثناء . ولا يجوز أن يؤخذ انتكاس المرض فى أكثر من نصف العمليات سبباً فى عدم الثقة بالعملية لانى من مشاهدة الاحوال التى انتكس فيها المرض وبمقارنتها بغيرها من الاحوال التى لم تعمل فيها عملية رأيت أن المريضة التى انتكس

عندها المرض بعد العملية تكون فرصتها فى الحياة أطول ومقدرتها على العمل أكثر بل ان المرض المنتكس كان أخف وطأة والمفرزات أقل مقدارا —

أما سرطان جسم الرحم فقليل الانتكاس بعد العملية وذلك لعدم ارتشاح الانسجة الخلوية الا فى الادوار المتأخرة ولكون السرطان الغددى أقل خبثاً من السرطانات الاخرى ولهذين السببين كان استئصال الرحم فى سرطان الجسم بطريقة فرتايم لاضرورة له الا فى الاحوال المستفحلة . ويصح الاكتفاء باستئصال الرحم والعنق فقط . ومن الاحدى عشرة حالة من سرطان الجسم التى عملتها توفيت اثنتان بعد العملية وشفيت تسعة ولم ينتكس المرض الاعندواحدة منها ولم أعمل عملية فرتايم فى أى واحدة منها بل اكتفيت باستئصال الرحم وحده وفى أربع حالات استأصلت الرحم استئصالا جزئيا أى أسفل الفوهة الباطنة بقليل

وقد أجريت هذه العمليات الأخيرة (أى الاستئصال الجزئى) مضطراً ففى الحالة الاولى كانت المريضة مصابة بمرض فى القلب وكان النزف قد انهكها وكان من المحتم هلاكها لو استؤصل الرحم بتمامه لان الفرق بين العمليتين كبير لا يستهان به . وفى الحالة الثانية كانت المريضة ضخمة جدا ووقف التنفس فى أثناء العملية ولم يعد الا بصعوبة وبعد ذلك صار من الصعب الاستمرار فى العمل بسبب سوء النبض وفي الحالة الثالثة كانت المريضة مصابة بالبول السكرى ولم يكن قد اكتشف (الانسولين ولا الستوفايين) وحالة المريضة الرابعة أجريتها مع المستر مادن وتعمدنا عدم استئصال الرحم بتمامه لان المريضة رفضت ذلك ومن المدهش أنه لم تمت ولا واحدة منهن ولم ينتكس المرض عندهن ومن الواضح أن الاستئصال الجزئى لا يصلح الا فى الاحوال المبتدئة . ولا يعمل الا فى ظروف خاصة .

(العلاج الملطف)

اذا انقطع الامل من فائدة عملية الاستئصال يبقى للطبيب عمل كبير ومفيد فى تأخير المرض والحيلولة دون تقدمه ما أمكن ، ومعالجة المفرزات التى تزيد بؤس المريضة وتسكن الآلام . وهناك ثلاثة طرق للعلاج

(ا) العملية الجزئية أى ازالة الجزء العطب

(ب) العلاج بالراديوم وأشعة رنتجن

(ج) العلاج بالادوية وسائر الوسائل الطبية

(ا) (العملية الجزئية) : وهى تشمل كشط ما أمكن من النمو المتقرح الهش بواسطة ملعقة حادة وهـذه العملية تصلح بالاكثر فى السرطان العنقى . ويحول دون عملها فى سرطان جسم الرحم احتمال انثقابه وتعفن التجويف البريتونى . ويجب أن تستعمل الملعقة بكل حذر وأن يستعمل الاصبع دائماً لجس المكان الذى يسوغ أن تصل اليه الملعقة ويجب تعيين حدود النسيج الهش بواسطة الاصبع حتى لايتجاوزها الكشط ويحاذر فى العمل من اصـابة أحد الفروع الشريانية . ومتى بات التجويف الكبير على هذا النحو يعالج إما بالترموكوتر [١] أو بالمحلولات المعقمة القوية القابضة وهو الافضل ويستعمل لذلك محلول مكون من الخلون [٢] وصبغة اليود بمقدار متساو ويكرر ذلك كل ثلاثة أيام . وتأثير المعالجة المخففة هو ايقاف النزف وتعطيل نمو السرطان وتوقيف امتصاص السموم الناشئة من الميكروبات الغازية للسرطان وكثيراً مايظهر تحسن جلى فى صحة المريضة العمومية وراحتها

(ب) المعالجة بالراديوم والاشعة

فى السنين الأخيرة جربت كثيراً المعالجة بالراديوم وأشعة رنتجن فى حوادث السرطان الرحمى ويقال أن العلاج أفاد أى شفى بعض الحوادث ولكني أقول بكل

(١) الميِنْسَم الحار ــ المِحْسَم (٢) الأسيتون

صراحة أنى لا أعرف من الكثيرات اللاتى عولجن بهذه الكيفية مريضة واحدة شفيت . والعلاج الناجع الوحيد هو عملية (ڤرتايم) على أنه لا شك فى أن الراديوم وأشعة رنتجن الشديدة الاختراق تتلف النسيج السرطانى خاصة ولا تفعل نفس الفعل فى الانسجة السليمة. وفى أول الأمر يرى تأثيرها واضحاً فالتقرح يلتئم ويجف ويقف النزف وينقطع الافراز وتتحسن صحة المريضة العمومية ويزول الألم ولكن كل هذه الاعراض تعود بالثانى بعد شهور قليلة .

وطريقة استعمال الراديوم بسيطة وهى أن توضع فى مكان المرض انبوبة تحتوى على ١٠٠ ــ ١٥٠ ملليجراماً من كلورور الراديوم نحو ١٨ ــ ٢٤ ساعة وتكرر هذه العملية كل ٣ الى ٦ اسابيع الى أن تحدث النتيجة المرغوب فيها ويجب أن تكون الانبوبة محفوظة بغلاف من الرصاص أو الالومنيوم وهذا الغلاف نفسه يجب أن يكون محروساً بحيث لا يمس الأنسجة بل يجب أن يكون ملفوفاً بالشاش أو الكاوتشوك وفي أحوال سرطان الجسم يوسع العنق الى أن يقبل دخول الانبوبة وتغلى الانبوبة مدة خمس دقائق وتربط بخيط من الحرير وتدخل الى باطن الرحم ويسد المهبل بالشاش المعقم .

أما كيفية معالجة السرطان بأشعة رنتجن فمعقدة ولا يمكن شرحها فى هذه المحاضرة الطويلة التى استنفذت صبركم . وقد تضاربت الآراء فى أى العلاجين أفيد الراديوم أو الاشعة ولكل منها انصار . والطريقة التى اتبعتها في مريضاتى الخصوصيات هي أنى أشير باستعمال هذين العلاجين فى الاحوال المنتكسة أو الغير صالحة للعملية أو اذا شككت فى أن المرض كله لم يستأصل تماماً بالعملية .

وكثيرا ما أشير باستعمال الاشعة احتياطياً قبل أو بعد العملية وفى بعض الاحوال أشرت باستعمال الراديوم قبل العملية باسبوع واحد فقط اذ يكون الالتهاب الناشئ من استعمال الراديوم قد زال ولا يكون التليّف الذى يتبعه قد بدأ

(ج) العلاج الطبى . وغايته تخفيف الالم أو تلطيف التغييرات العفنة

باستعمال الزروقات المهبلية ، وايقاف نوبات النزف بسد المهبل بالشاش اليودوفورمى ، والعناية بالصحة العامة . ولتسكين الالم يستعمل الافيون أو بعض مستحضراته فى حين الضرورة . وتزاد جرعته حسب مقتضى الحال . وفى أدوار المرض الأولى قد يكفى لتسكين الألم استعمال الاسبرين والبراميدون وسائر المركبات الكيماوية المسكنة . ولا يلجأ إلى استعمال الافيون إلا في الأدوار الاخيرة بل يحسن تأخير استعماله ما أمكن التأخير لما هو معلوم من طبيعة هذا العقار التى من مقتضاها أنه كلما استعمل وجب زيادة جرعاته حتى تؤثر التأثير المطلوب . وفى بعض الأحوال يفضل الكوديين على المورفين . أو الهروين الذى لا يسبب غثيان النفس والامساك كالأفيون .

العلاج الحديث

للدكتور كامل يعقوب

طبيب مركز فوه

(١) العلاج بالغدة الدرقية

الجوهر الفعال في الغدة الدرقية هو الثيرويودين ويحتوى على نحو عشرة فى المائة من اليود ونصف فى المائة من الفوسفور .

وتستعمل الغدة الدرقية اما كغدة الخروف الطازجة واما كمسحوق الغدة بعد تجفيفها فى درجة حرارة معتدلة . وتستعمل كذلك خلاصة الغدة بعـد تجفيفها فى درجة حرارة معتدلة . و تستعمل كذلك خلاصة الغدة ممزوجة بالجليسرين حقناً تحت الجلد . أما طريقة تطعيم الجسم بوضع الغـدة فى الأنسجة الخلوية فقد أصبحت تاريخية أكثر منها عملية .

ويؤخذ من الغدة الطازجة مقدار يتراوح بين ربع فص وفص ويفرم فرماً دقيقاً ويوضع بين قطعتين من الخبز أو يمزج مع اللبن أو الشوربة . ويجوز اعطاء الغدة للأطفال بواسطة حقنة شرجية بعدفرمها ومزجها بقليل من الماء . أمامسحوق الغدة فيؤخذ فى برشانة أو حبوب أو أقراص أو محافظ والجرعة المتوسطة هي بين عشرة سنتيجرامات وأربعين سنتيجرام ويؤخذ من الثيرويودين من ٢٥ الى ٧٥ سنتيجرام فى اليوم ويحسن فى العلاج الابتداء بمقادير صغيرة لمعرفة قوة احتمال الشخص والأطفال فى الغالب يتحملون العلاج بسهولة.

وتستعمل الغدة الدرقية فى كثير من الاحوال أهمها مرض الميكسوديما [١]

(١) ميكسيديما ــ أوذيما مخاطية

والكرتنزم [١] حيث يبدو التحسين بسرعة فيزول الانتفاخ الموجود فى الانسجة الخلوية ويستعيد الجلد ليونته [٢] وترجع الحرارة الى درجتها الطبيعية والنبض الى سرعته الأصلية . وتنمو الحالة العقلية والجسدية . وتتراوح الجرعة فى هذه الحالات بين ٥ سنتيجرام و٣٠ سنتيجرام فى اليوم . ولكن بعض الاشخاص يحتاج الى كميات أكبر من هذه لغاية ٦٠ سنتيجرام أو جرام فى اليوم ثم تنقص هذه الجرع فيما بعد الى ١٥ سنتيجرام في اليوم . أما الجرعة للاطفال فهي ٣ سنتيجرام فى اليوم لمن لايزيد عمرهم عن السنة و ٦ سنتيجرامات لمن يبلغون السنتين ومن ٨ الى ١٢ سنتيجرام لمن عمرهم فوق ذلك . ولا بد من الحصول على نتائج ثابتة من الاستمرار فى العلاج لمدد طويلة مع ايقاف العلاج أحياناً .

وتستعمل الغدة الدرقية كذلك بمقادير قليلة لعلاج السمنة المفرطة والبعض يوصى باستعمالها مع التيوبرومين فى برشانة كالآتى

تيوبرومين	٥٠ سنتيجرام
مسحوق الغدة الدرقية	٣ «

٣ برشانات يوميا

وتستعمل كذلك لعلاج بعض الامراض الجلدية مثل الصدفية والنخالية والاكزيما والاكتيوز [٣] واللوبس [٤] . وفى التشنج النفاسى وأورام الرحم الليفية وبعض أنواع الصرع المصحوبة بالجواتر ولكن نتيجة العلاج فى هذه الامراض كانت على العموم غير ثابتة

وشاع استعمالها أخيراً فى كسور العظام لتسهيل التئامها وتحاشى حدوث المفاصل الكاذبة وفى الآلام الروماتزمية المزمنة المجهولة السبب أو المصاحبة لقصور الغدة الدرقيه

ولا بد من ملاحظة المريض بكل دقة أثناء العلاج . والاعراض التى تدلنا على عدم احتمال العلاج هى سرعة النبض والقىء والاسهال وارتفاع الحرارة والصداع

---

(١) القماءة ـ الـكَتَم (٢) ليته (٣) الغُـضَاب أو غَضْبة الجلد (٤) داء الذئب

وارتعاش العضلات وآلام الأطراف والتهيج(١) وظهور الزلال والسكر في البول

ولايجوز اعطاء الغدة للشيوخ المتقدمين فى السن ولا للمرضى بآفات قلبية أو بتصلب الشرايين أو بمرض برايت أو البول السكرى

(٢) الحقن داخل القلب بمحلول الادرينالين

ليس بين الحوادث التى تعترض الطبيب فى عمله خصوصاً اذا كان وحيداً ما يزعجه ويذهب برشاده مثل وقوف التنفس والنبض عند مريضه وهو تحت تأثير الكلوروفورم وعلى طاولة العمليات . وأول مايلجأ اليه الطبيب فى مثل هذه الحال هو التنفس الصناعي والحقن تحت الجلد بالمنبهات . ولكن قد يذهب الوقت الثمين وتتعاقب الثوانى بدون ان يعود التنفس . فاذا مضت على ذلك من الوقت دقيقة أو اثنتان فلا بد من الالتجاء الى الحقن بالادرينالين داخل القلب . ويجوز فى الحالات الخفيفة عمل الحقنة فى الوريد ولكنها قد تأخذ وقتاً اطول وليست مضمونة النتيجة

وطريقة الدكتوتوبيه (Toupet) الذى يرجع له الفضل فى نشر الملاحظات الدقيقة عن هذا العلاج ان يكون الطبيب على استعداد بحقنة سعة٢سنتيمتر ومحلول الادرينالين وابرة طولها من ستة الى ثمانية سنتيمترات مثل التى تستعمل في البنج(٢) الموضعي . واذا لم توجد فيجوز عملها بابرة كالتى تستعمل فى التخدير الشوكي . وتوضع الابرة بعد تعقيم المحل في المسافة الرابعة بين الاضلاع بجوار الحد اليسارى للقص . ثم تدفع الابرة حتى تصل عضل القلب مع الاستمرار فى دفعها بثبات لمسافة ثلاثة سنتيمترات أو ستة حسب الحالة حتى تصل الابرة تجويف البطين الايمن ويمكن التأكد من ذلك بجذب قليل من الدم فى الحقنة . وعندئذ يحقن سنتيمتر مكعب من المحلول فتقوى فى الحال ضربات القلب . ولابد فى الوقت نفسه من الاستمرار فى عملية التنفس الصناعي حتى لا يعود التنفس لحالته الطبيعية .

---

(١) الاهتياج (٢) التخدير

الغدة الدرقية

Thyroid Gland

للدكتور مصطفى سرور

توجد فى موضعها المعروف فى وسط الرقبة وهى مغلفة بغلاف أو محفظة تربطها بالاجزاء المحيطة بها . وقد توجد فصوص درقية خارج موضع الغدة الاصلية فى قاعدة اللسان أو أي موضع بين هذه وقوس الاورطى وهذا يفسر وجود أورام درقيـة (جوتر) فى مواضع غير موضع الغدة الطبيعى وبهـذه المناسبة أذكر خاصية يمتاز بها الجوتر البسيط أو الحميد وهذه الخاصية هى امكان حصول أورام جوترية متعددة فى نقط مختلفة من الجسم وتكون ثانوية لجوتر حميـد أى ليس سرطانى ولا سركومى وقد شـاهدت فى مستشفى قصر العيني حالة من هذا النوع وتوفيت وعملت لها الصفة التشريحية فاذا بها جوتر صغير حميد مصحوب بثـلاثة أورام جوترية فى القص وفي عظم الالية وفى عظم الفخذ وكلها حميدة كما تبين من مظاهرها للعين المجردة وبالفحص الميكروسكوبى . وسوف نصف تفاصيل هذه الحالة فى فرصة أخرى على حدة .

وللغدة الدرقية نصيب وافر من الدم الشريانى بحيث تحيط الحويصلات الدرقية شبكة من الاوعية الشعرية الدموية أشبه بالشبكة التى تحيط بالحويصـلات الرئوية

وتدخل الغدة الدرقية أفرع سمبثاوية تتبع سير الشرايين وتتفرع بنظام حول الحويصلات ويعزى لهذه الاعصـاب السمبثاوية تأثير افرازى أى أن تنبيهها يزيد افراز الغدة كما استنتج من حدوث اعراض تسمم درقى مع تضخم فى الغدة على أثر عملية ايصال الجزء المركزي للعصب الحاجزى (Phrenic nerve) بالجزء الطرفى للعصب السمبثاوى (بعد قطعه طبعاً) .

وظيفة الغدة الدرقية

للغدة الدرقية افراز داخلى لازم لكل خلية من خلايا الجسم مهما اختلف نوعها ووظيفتها. فهو لازم للحياة وللنمو الجسمانى والعقلى. وهو المنشط لعملية الاحتراق فى بروتوبو بلازم الخلايا على الاطلاق. وهو بذلك منشط لكل الوظائف الخلوية وليس هذا فقط بل ان له تأثيراً واقياً للجسم من فعل العدوى الميكروبية اذ ثبت ان حرمان الحيوان من هذه الغدة يجعله اكثر تأثراً وتعرضاً للعدوى الميكروبية

اما تأثير هذا الافراز الدرقى على النمو الجسمانى والعقلى فلا أدل عليه اكثر من حالة الاطفال المصابين بالكرتنزم[1] حيث يقف نمو جسمهم ولاتتنكس اطراف عظامهم فضلا عن تأخر فطنتهم وفهمهم وادراكهم حتى اذا شخصت حالتهم وعولجوا بالخلاصة الدرقية يشاهد اذاً تأثير هذا الافراز العجيب على الطفل المصاب وهو — نمو سريع — زوال الكتل الدهنية اللبنية من فوق الاكتاف والسيقان. تغير سحنة الطفل وشكله بزوال تضخم تقاطيع وجهه (الانف والشفتين والخدين واللسان) مع تحسن ظاهر فى لون الجلد وملمسه. فتعود اليه نضارة جلد الطفولة بعد الجفاف والغلظ والتفلس البشرى كذلك ينمو الشعر ويتحسن لونه وقوامه وتتحسن عقلية الطفل ويزيد انتباهه لما حوله من المنبهات والمشاغل ويتحسن نطقه وتزيد مقدرته الكلامية وبالاختصار تنطلق كل مظاهر النمو والذكاء من قيودها بفعل الخلاصة الدرقية التى اهم مابها مادة تحتوى على اليود (هو اهم عناصرها) وتعرف هذه الماده الآن باسم Thyroxin . وهذه المادة اليودية توجد مختلطة بالمادة المفرزة التى تملأ الحويصلات الدرقية — اذاً فالعامل الفعال فى الافراز الدرقى هو التيروكسين وليس المادة الفردية ويقول Crile ان التيروكسين بما فيه من يود ينشط الخلايا تنشيط التفاعل الكهربائى الكيماوى في البروتوبلازم

(١) الكرتنزم ـ القماءة

هذا وللافراز الدرقى تأثير هام فى الاناث فيما يختص بالطمث (حيث تتضخم الغدة الدرقية وقتياً قبيل واثناء ايامه) كذلك تتضخم الغدة الدرقية اثناء الحمل وعند سن البلوغ ولا شك ان كثرة تغيرات الغدة الدرقية فى الاناث وفى ادوار حياتهن التناسلية يفسر كثرة حدوث امراض هذه الغدة فى النساء من الرجال .

وفضلا عن ذلك فقد يكون للافراز علاقة هامة بنمو ونشاط المبيض والرحم . فقد أورت تجارب Hammett ان استئصال الغدة الدرقية فى اناث الفيران الصغيرة أوقف تقريباً نمو المبيض والرحم أما فى ذكور الفيران الصغيرة فلم يحدث الاستئصال الدرقى تأخر هام فى نمو الخصيتين والبربخ .

ولا يقتصر تأثير الافراز الدرقى فى تنشيط الخلايا والاغشية على الجسم الحى بل أيضاً على الاغشية الحية المنزوعة فان اضافة الخلاصة الدرقية الى البيئة المنزوعة فيها الاغشية يزيد كثيراً فى سرعة نموها وتكاثر خلاياها .

ومن خواص التيروكسين انه لا يؤثر بعد تعاطيه مباشرة بل يظهر مفعوله بعد مضى ٢٤ أو ٢٦ ساعة ويصل تأثيره الى حده الاقصى بعد ثمانية ايام من تاريخ أخذ أول جرعة ويستمر تأثيره بعد ذلك ثمانية ايام أو عشرة

التسمم الدرقى

يمكن احداث تسمم درقى بواسطة اعطاء المادة الدرقية عن طريق الفم بكميات كبيرة . اما اعراض هذا التسمم فهي سرعة النبض — هبوط عظيم فى ضغط الدم — ازدياد فى عملية الاحتراق — ازدياد احترق المواد الزلالية — ازدياد فى افراز مواد البول — نقص فى تمثيل المواد النشوية وظهور سكر فى البول — زيادة افراز العرق — ارتعاش فى الاطراف — اسهال . تهيج[١] نفسانى — زيادة الكرات البيض الموحدة النواه[٢]

---

(١) اهتياج (٢) الكريات البيضاء وحيدة النواة

على انه لا يحصـل ابداً ان تظهر كل هذه الاعراض فى وقت واحد أو فى مخلوق واحد. ويلاحظ عدم حصول ظاهرة الجحوظ فى هذه التجارب وهذا يجعل فارقاً بين نتائج التسمم الدرقى التجاربى و بين مرض Basedow's خصوصـاً وانه كثيراً ما تظهر اعراض عدم كفاية درقية فى اثناء مرض Basedow's لذلك نتساءل هل اعراض مرض Basedow's حقيقة نتيجة تسمم درقى ناتج من كثرة افراز درقى طبيعى فى البنية أو هى نتيجة وجود افراز درقى غير طبيعى به مواد سامة هى التى تحدث الاعراض ولا شك ان ظهور اعراض عدم كفاية درقية فى اثناء مرض Basedow's والتحسن الذى يحصل احياناً في هذا المرض عن اعطاء الخلاصة الدرقية وعدم امكان احداث كل اعراض المرض تجاريباً باعطاء كميات كبيرة من الافراز الدرقى الطبيعى يعزز النظرية الثانية أى نظرية عدم طبيعية الافراز الدرقى من مرض Basedow's

هـذا ويعتبر Plummer وجود صورتين مختلفتين من التسمم الدرقى كل منهما يصحبه تغير خاص به فى الغدة الدرقية مختلف عن الآخر

فالصورة الاكلينيكية لمرض Basedow's يصحبها تضخم عام ونشاط فى خلايا الغدة الدرقية

وأما الصورة الثانية الاكلينيكية وهى التى تصحبها أورام غددية موضعية Adenoma of Thyroid فانها تتميز بازدياد عملية الاحتراق مع اعراض تنبه عصبى وارتعاش وسرعة نبط وفقد القوة وقلة الوزن وارتفاع في ضغط الدم وأخيراً يحصل تلف فى العضل القلبى

« يتلى »

حالة للتشخيص

« حمى مجهولة »

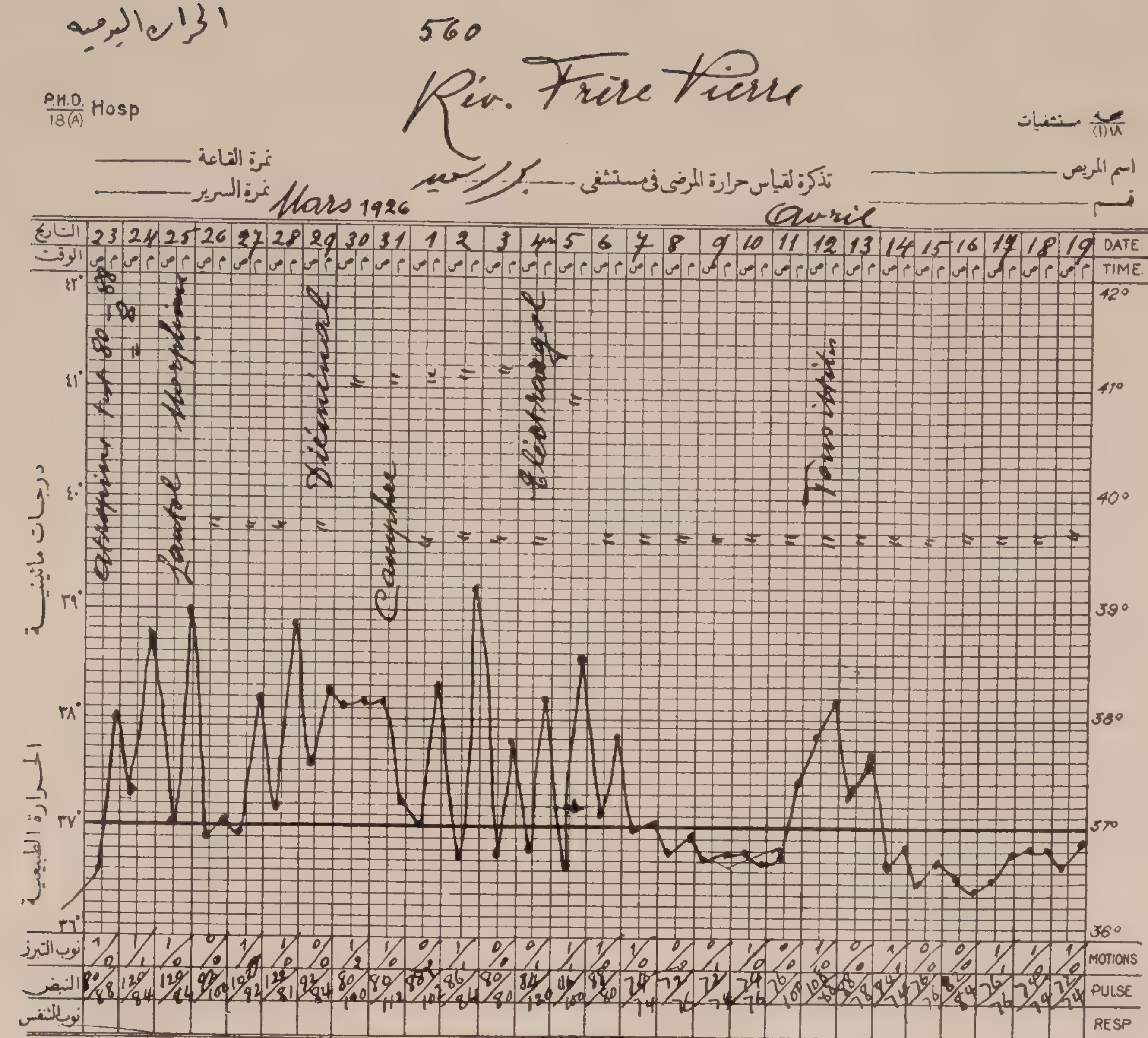
للدكتور عبد الله جلال

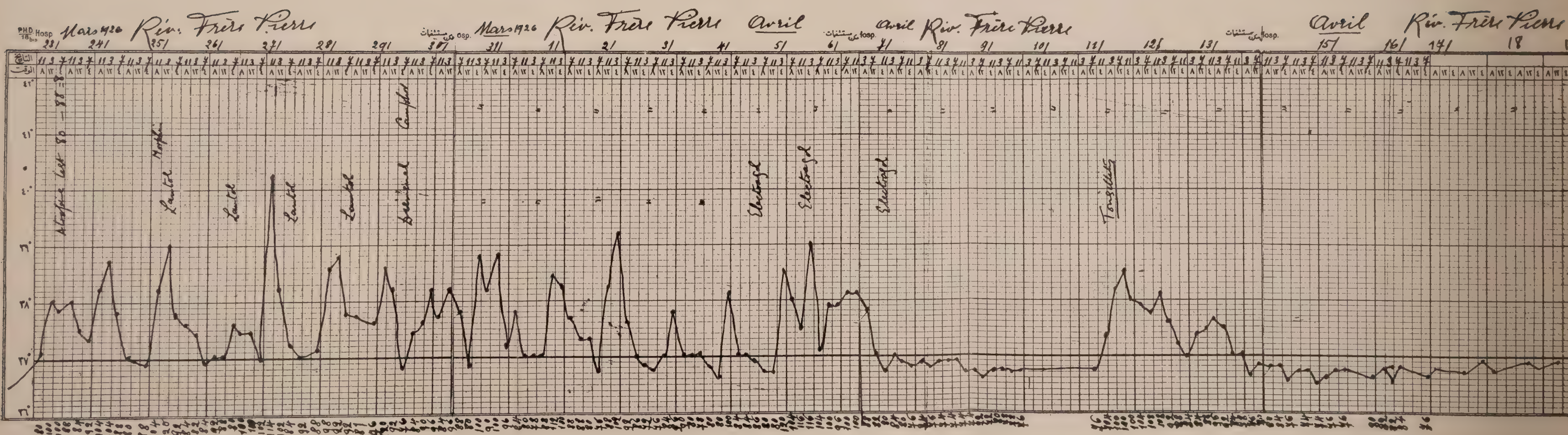
المريض ب . قس ومدرس بكلية الفرير ببور سعيد عمره ٥٠ سنة دخل المستشفى يوم ٢٣ مارس سنة ٩٢٦ يشكو الاعراض الآتية .

الاعراض — مريض من مدة اثنى عشر يوما وطريح الفراش. تعتريه يومياً رعشة شديدة فى الصباح غالباً (ونادرا فى المساء) تمكث ما بين نصف ساعة وساعتين وتعقبها حمى وارتفاع فى الحرارة الى درجة ٣٩ وتستمر كذلك مرتفعة نحو أربع ساعات ثم تبدأ بعد ذلك فى النزول ويصحب هذا عرق غزير تبتل به كل ملابسه وفراش سريره ويستغرق دور العرق نحو الساعتين وبعبارة اخرى دور الرعشة والحرارة والعرق معا يستغرق تقريباً ثمانى ساعات . واذا ماانتهى المريض من هذا كله يشعر براحة وهبوط قليل فى جسمه ثم ينام ولا يشكو شيئاً البتة. ويصحوا اليوم التالى منتظرا ابتداء الدور نفسه مابين الساعة ٨ و ١٠ صباحاً

تاريخه وماضيه رجل معروف عنه منتهى الاستقامة. له عائلة كبيرة مكونة من أخ وأخوات خمس وأبواه يقيمان فى فرنسا وكل العائلة على قيد الحياة والكل متزوجون ومعهم أولاد ماعدا احدى أخواته فلم ترزق أولادا ولم تحمل والجميع فى صحة جيدة . والمريض نفسه لم تصبه أمراض غير المرض الذى نحن بصدده وما انتابته يوماً من الايام أعراض ديسنطاريا ولا زهرى ألخ . ولم يتنقل فى الدنيا اللهم الا ما بين فرنسا وبور سعيد وبعض بلاد أخرى فى القطر المصرى وقد بدأت معه هذه الحمى من سنة ١٩٢١ وانتابته فى سنة ١٩٢٣ و ١٩٢٤ و ١٩٢٦

سنة ١٩٢١ كان في القاهرة ودخل المستشفى الفرنسى ومكث ٣٥ يوماً ومع انه فحص دمه ووجد سلبيا فقد شخص ملاريا اكلينيكيا وأعطى ١٢ حقنة كينين


560
P.H.D. 18(A) Hosp
Riv. Frère Pierre
Mars 1926
Avril
DATE
TIME
MOTIONS
PULSE
RESP


P.H.D. 18bis Hosp
Mars 1926
Riv. Frère Pierre
Avril

فى العضلات ولم تنخفض حرارته الا بعد الحقنة التاسعة

سنة ١٩٢٣ كان فى بور سعيد وفحص دمه فلم توجد به ملاريا وعلى الرغم من هذا شخص ملاريا من الاعراض وأعطى حقناً كبيرة فى العضلات ، وكان يلاحظ ان حرارته ترتفع بعد هذه الحقن فأعطى حقن ديمينال "Diemenal" ومكث بالمستشفى ٢٤ يوماً و بعد شفائه اخذ حقنة ٩١٤ (Neosalvarsan) .

سنة ١٩٢٤ دخل مستشفى الحميات ببور سعيد ومكث ١٦ يوماً ووجد دمه سلبيا للملاريا وايجابيا للحمى التيفودية $\frac{1}{100}$ وكان قد أخذ قبل دخوله المستشفى حقن كينين وديمينال الخ فلم تفده شيئاً وكان يلاحظ عقب كل حقنة كينين ارتفاع حرارته . وكان قد أخذ اربع حقن كينين من طبيبه الخاص ثم أوقف ذلك لانه لم يأت بفائدة ما

سنة ١٩٢٦ دخل مستشفى الحكومة العمومى ببور سعيد في ٢٣ مارس سنة ١٩٢٦ وقد ذكرت اعراض مرضه هذه المرة فى البداية .أما العلامات التى كانت عنده فهى :

العلامات : حالته العمومية جيدة وجسمه قوى كامل النمو

لسانه : مغطى بطبقة بيضاء غير كثيفة من الجانبين أما طرفه فنظيف جداً واحمر قان وكذلك وسطه

الرئتان والشعب : خالية من الاحتقان والنزلات وكل الاحوال المرضية

القلب :طبيعي والنبض غير متعادل مع الحرارة كما يتبين ذلك من ورقة الحرارة

البطن : طبيعية جداً . والكبد والطحال بحجمهما الطبيعي : وسير الامعاء بطىء فى الغالب ولا يتبرز الا بحقن شرجية يومياً

لم يظهر على جسمه طفح فى كل أدوار المرض

التبول : طبيعي

العينان : سليمتان ، وقاعهما طبيعي وانما كساتهما طبيعية . اختبار الحقن بالاتروبين : (Atropine Test) أعطى المريض يوم دخوله المستشفى $\frac{١}{٣٣}$ من الحقن أتروبينا ولوحظ نبضه قبل و بعد الحقنة فوجد ان الزيادة فى النبض هي ٨ فقط (قبل الاتروبين كان ٨٠ و بعده كان ٨٨) وقد كنا توهمنا طبعاً ان الحالة هي من مجموعة التيفود (Typhoid group) ولكن الابحاث المتكررة بامتحان الدم بطريقة فيدال والزرع أظهرت ان هذا غير صحيح

الابحاث المرضية التى عملت للحالة :

فحص الدم : للملاريا — فحص مراراً فكان سلبيا للملاريا والحمرة الراجعة

: للفيدال — وجد سلبيا للتيفود والباراتيفود ا،ب،ج والحمى الاسيوية

: للويلفكاس — سلبي للتيفوس

: للفيدال — وجد سلبيا للحمى المالطية والباراملطيه والتيفود والباراتيفود ا ، ب ، ج والحمى الاسيوية (فحص آخر)

: عملت مزرعة من الدم فوجدت خالية من الميكروبات .

البول : لم يوجد به فطر (ميكروبات) ووجد به أثر زلال خفيف جداً

البراز : طبيعي اللون والقوام والرائحة

البصاق : لم نحصل منه على بصاق يمكن امتحانه ولم يكن هناك أى اشتباه في صدره

تعداد الدم . الكريات البيضاء ٥٢٠٠ فى المليمتر المكعب والعدد النسبى لهذه الكريات هو .

الكريات المتعددة النوى	٦٩ ٪	Polymorphs
« ذات النواة الواحدة	٢٠ ٪	Lymphocytes
الكريات ذات النواه الواحدة الكبيرة	٥ ٪	Large mononeuclears
الكريات المتبدلة	٦ ٪	Transitional

وكما يتضح لما نستدل من هذه الابحاث على ما يثبت حقيقة المرض بشكل جلى ، لذلك آثرنا نشرها على حضرات الاطباء لعلنا نهتدى الى الحقيقة

بقى أن نذكر كلمة وهى أن المريض بعد أن مكثت حرارته طبيعية لمدة خمسة أيام حصل له التهاب فى اللوزتين على أثر تريضه فكان سبباً فى ارتفاع حرارته لمدة ثلاثة أيام ثم نزلت وكانت هذه هى المضاعفة الوحيدة التى حصلت للمريض

شفى المريض وخرج من المستشفى فى ١٩/٤/٩٢٦ وكان دور نقاهته قصيراً جداً فقد استعاد فاقد قواه جميعها ومع ذلك فلم أوفق فى تشخيصه .

سريان الاجسام المدببة
فى جسم الانسان

للدكتور عبد الله جلال

ص . ع . ك . تلميذ بمدرسة الصنائع ببورسعيد عمره نحو ١٥ سنة كان ينظف أسنانه بدبوس عادة (أبرة) فابتلعه فى شهر يوليو سنة ١٩٢٥ ومضى عليه شهر ونصف لم يحصل له أى تعب منه الا أنه فى يوم من الايام بعد هذه المدة حصل له ألم موجع فى المثانة ولم يتبول طول يومه وفى اليوم التالى تبول وكان اندفاع البول من المجرى في تيار دقيق وبصعوبة ولم ينزل دم

وفى شهر أغسطس حضر الى طبيب المدرسة ماسكا عضوه وداخله الدبوس تحت الجلد فامره حضرته أن يمسك الدبوس ويذهب الى المستشفى لاستخراجه تحت الاشعة ولما وصل اليها كان الدبوس قد اختفى وبعد شهر ونصف من هذا الحادث حضر الى بالمدرسة فى شهر أكتوبر ماسكا عضوه وبه الدبوس بالقرب من فتحة مجرى البول الخارجية فاستحضرت مغنطيساً صغيرا من المدرسة ووضعته أمام الفتحة فجذب الدبوس منها وقد خرج بسنه ؟

علاج القرحة المعدية العفجية

(الدكتور محمد عبد الحميد بك)

بطريقة الاستاذ اسكيازى [١]

لقد أتاح لى الحظ أن أشهد المؤتمر الجراحى الدولي السابع الذى عقد فى روما فى السابع من شهر ابريل الماضى وقد زرت بعض المستشفيات الايطالية مع بعض المؤتمرين ووقفت على أشياء كثيرة احببت نشرها تعميما للفائدة . من ذلك علاج القرحة المعدية العفجية بطريقة الاستاذ اسكيازى .

حدث الاستاذ عن نفسه فقال :

لقد أشرت منذ سنة ١٩١٠ فى نشرات مختلفة الى تأثير العنصر العصبى فى احداث قرحة العفج . ولقد بينت فى سنة ١٩٢٢ ، فى المؤتمر الطبى الذى عقد فى فلورنسة ، ما لهذا التأثير من الشأن فى طريقة العلاج ، شارحا تأثير المخ والجهاز السيمباثوى والغدد الصماء محاولا اتهام الجهاز العصبى فى نشوء القرحة العفجية .

ولقد كانت نظريتى أن التغيير التشريحي في العفج يبتدي بتأثير المخ فى العصب السيمباثوي وأن الاضطراب الفجائى المستمر هو الذى يحدث الاصابة التشريحية التى ينسبها بعضهم الى نزف تحت الغشاء المخاطى يعقبه هضم الغشاء المخاطى هضما ذاتيا يحدث عنه التقرح .

ولقد رأيت أن للمزاج العصبى الذى يتميز به المرض بالقرحة العفجية شأنا كبيرا في تهيئة المريض للاصابات المعدية العفجية

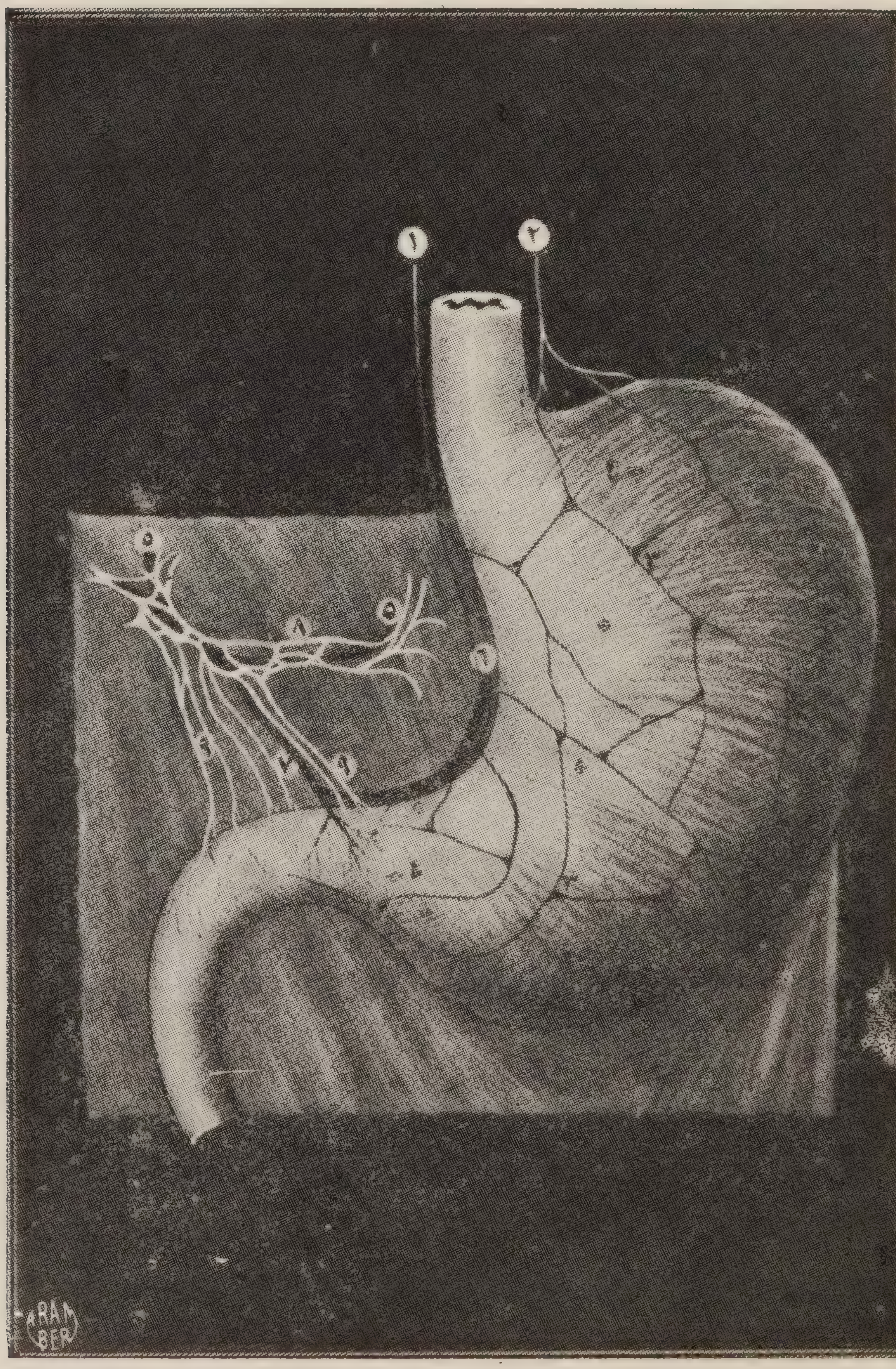
وعلى ذلك يلزم فى حالة القرحة العفجية التى تم تكوينها والتى عمل لها كل ما يمكن عمله لشفائها ، أن يتخذ ما يضمن لنا عدم رجوعها لأنه من المعلوم أن

---

(١) Bendetts Schiassi

القرحة تميل الى الانتكاس إما فى موضعها وإما في موضع قريب منها . فاما الشفاء فيتم بالراحة ، والاتروبين، والافيون ، والوصل المعدى المعوى[١] . وأما الضمان لعدم الانتكاس فيتم بقطع العلاقة العصبية حتى ترتاح المعـدة من التأثيرات العصبية التى تنقل اليها بواسطة الاعصاب السيمباثوية .

وانى أحاول أن أشرح الآن الطريقة العملية لتخليص الجزء المصاب من الجزء الهضمى من تأثير الاعصاب السيمبثوتية



(شكل ١)

(١) مفاوهة المعدة والمعى

انظر الى الشكل الاول تجده يبين لك توزيع الاعصاب السمباثوئو بين والالياف السيمباثو المجاورة [١] ففيه ترى العصبى الرثوئين المعديين مع فروع ضفير أو رباخ [٢] وفى الرسم أيضا ترى عقد ابنشوسكى [٣] أما الاعصاب السيمباثو فموزعة فى القسم البوابى العفجى على معاهد مدرسة نيوره

والمعتاد أن ترى ، كما هو موضح فى الشكل ستة أعصاب من الضفيرة الكبدية متجهة نحو القسم البوابى العفجى ، من ذلك عصبان على يسار الشريان البوابى وأربعة أعصاب على يمينه

وهذه هى الطريقة التى اتبعها :

الخطوة الاولى — شق البطن فى القسم الشراسيفى من النتوء الخنجرى الى أسفل السرة بنحو قيراط والى اليسار منها

الخطوة الثانية — يستخرج من تجويف البطن جزء من المعدة ، ويفحص القسم البوابى العفجى للتحقق من طبيعة الاصابة وامتدادها ، ثم بعد ذلك يعمل شق طوله قيراطان ونصف فى الثرب المعدى المعوى كما فى الشكل الثانى رقم ٣

مع ربط الاوعية النازفة . و يمكن قلب المعدة خلال هذا الشق لكشف الجهة الخلفية من القسم البوابى العفجى للتحقق من وجود ماعسى ان يوجد من الامراض الاخرى

ويلزم ادخال وسادة من الشاش نحو الحجاب الحاجز لسد التجويف الخلفى من الثرب

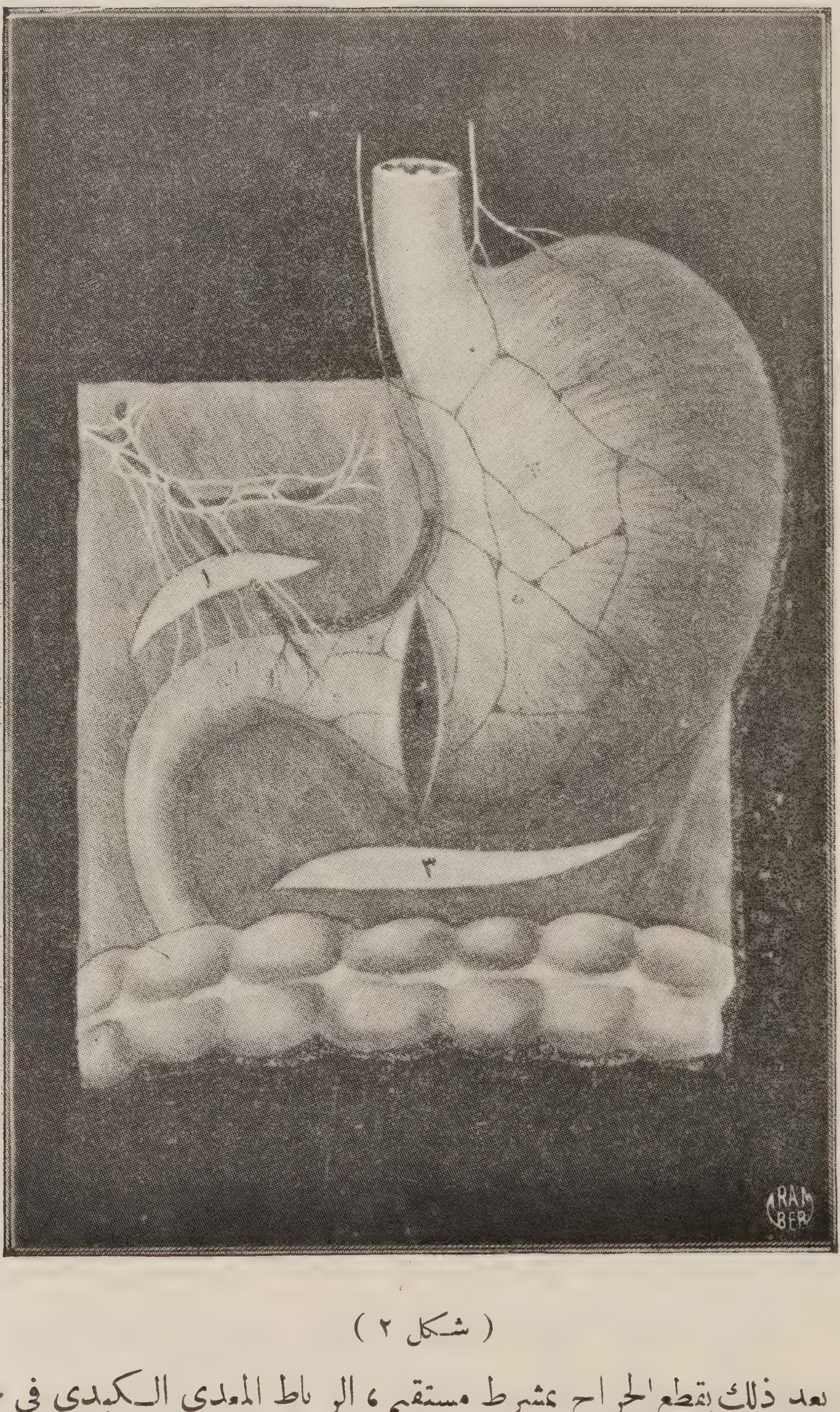
---

(١) الالياف السيمباثوية المجاورة هى Parasympathetic Fibres
الأعصاب السيمباثوية الجانبية الحامية (شرف)

(٢) Plexus of Auerbach

(٣) ganglions of openchowski

الخطوة الثالثة — وللتمكن من كشف السطح المقدم من الرباط المعدى الكبدى فى محاذاة القسم البوابى العفجى تجذب المعدة الى الجهة اليسرى بينما يبعد المساعد بمبعد الجناح الكبدى .



(شكل ٢)

وبعد ذلك يقطع الجراح بشرط مستقيم ، الرباط المعدى الكبدى فى محاذاة

الحافة العليا للمعدة و بعيدا عن الحافة بنحو ثلث قيراط (رقم ١) فى الشكل الثانى وبهذا الشق يقطع الجراح الالياف العصبية السمباثو التى تسير بين وريقتى الرباط وكذلك يقطع بهذا الشق الشريان البوابى وبعض الاوعية الصغيرة ، ويلزم ربط الشريان في كلتى ناحيتى القطع .

الخطوة الرابعة — ترفع المعدة وتقلب لكشف وجهها الخلفى ، ثم يعمل شق عمودى من الحافة العليا أو القوس المعدى الصغير الى الحافة السفلى او القوس المعدى الكبير

و يعمل هذا الشق تدريجا فيقطع به الجراح أولا الغشاء المصلى ثم جزء من المنسوج العضلى المعدى بغير أن يقطع الغشاء المخاطى واقفا القطع متى صار النزف غزيرا

ثم يخيط هذا الشق بطريقة لمبرت [٢] بخيط من الحرير رفيع (رقم ١) ولتكن الخياطة دقيقة متينة

ثم يرفع الجراح وسادة الشاش التى وضعها ويخيط الشق الذى عمله فى الثرب الكبير وهو الثرب المعدى القولونى

الخطوة الخامسة — ثم يعمل الجراح شقا على الوجه المقدم للمعدة محاذيا للشق الذى عمل على الوجه الخلفى ، ومثله . ثم يخيط على نحو خياطة الشق الخلفى (رقم ٢) فى الشكل الثانى .

الخطوة السادسة — يرفع الجراح القولون المستعرض ، ويعمل الوصل المعدى المعوي الخلفى لتوصيل أسفل المعدة بالصائم ، وليكن الوصل بين الشق العمودى الذى عمل فى المعدة والخط المتوسط

ويستحسن وضع غرزتين منفصلتين على جانبى الوصل لضمان احكام الصائم خلف المعدة ولاتقاء دورة معيبة سواء أ كانت الدورة كاملة أم جزئية

---

(١) Lembert Suture

الخطوة السابعة ــ اقفال البطن وتضميد الجرح

أسباب الخطوات المختلفة

(١) قد اعتاد بعض الجراحين ان يعمل شقا صغيرا في القسم الشراسيفي لعمل الوصل المعدى المعوى لكن من المستحسن، في العلاج بهذه الطريقة مد الشق الى اسفل السرة ليظهر ميدان العمل جليا

(٢) لابد من وضع وسادة كبيرة طويلة فى التجويف لمنع تجمع الدم

(٣) قديغير الالتهاب البريتونى او الالتصاقات أو الانكماشات موضع الاعصاب فيصعب على الجراح العثور عليها مما يزلل بمعرفة التشريح

فالعناصر العصبية للقسم البوابى العفجى ، وهى من الضفيرة الشمسية ،تخرج من الضفيرة الكبدية وموضعها بين وريقتى الثرب المعدى الكبدى وهى تتألف من ستة خيوط دقيقة يمر بينها الشريان البوابى

وكذلك الشريان البوابى المتفرع من الشريان الكبدى يتجه نحو البواب فيغذيه ببعض فروع صغيرة تتجه نحو اليسار نحو البواب فى طول القوس المعدى الصغير . وهذه الفروع تتعشق مع فروع الشريان التاجى

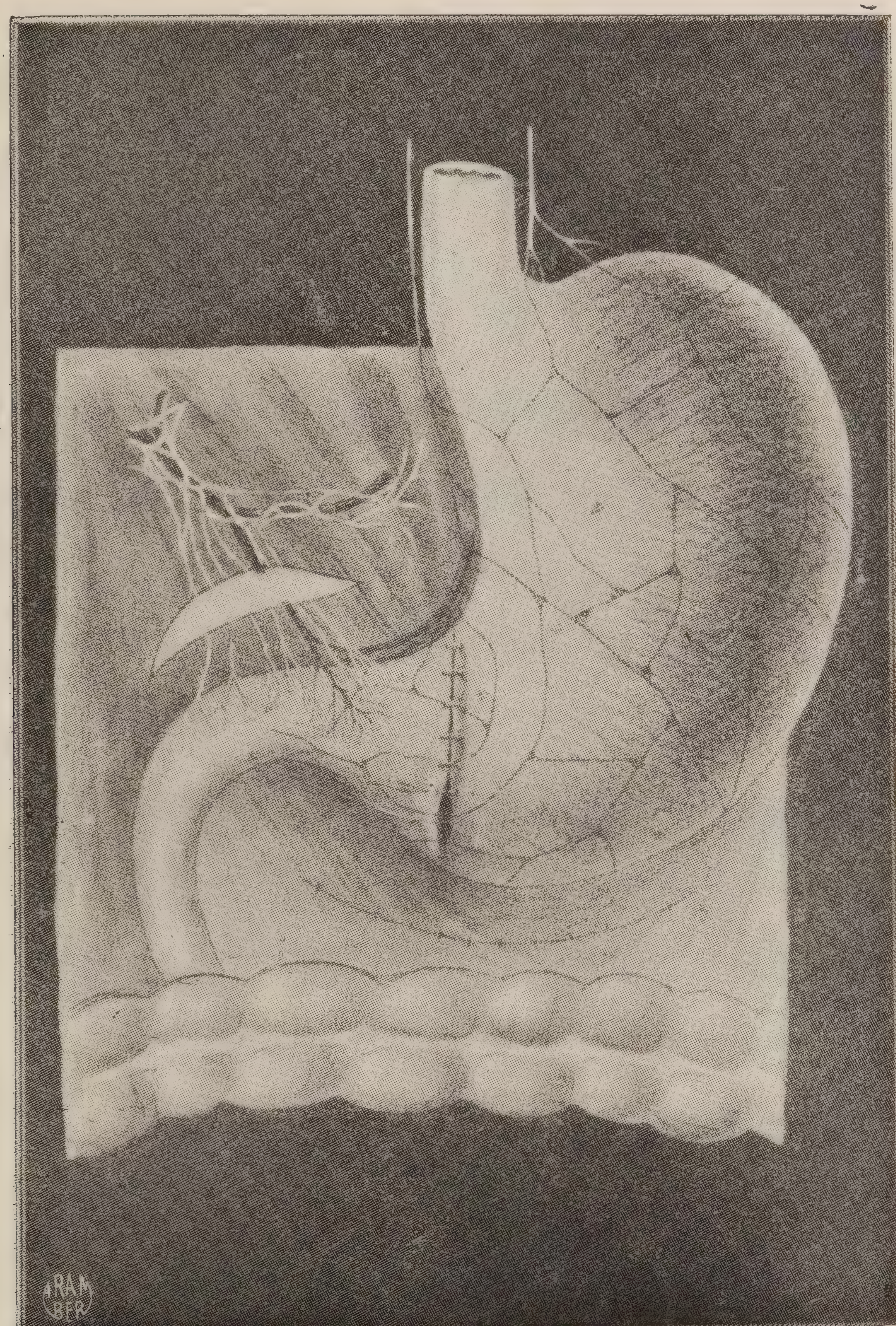
وهذه الخيوط العصبية يسير منها اثنان فى الخط المتوسط والاربعة الباقية تسير الى يسار الشريان البوابى

ويرى فى هذا القسم أيضا الشريان المعدى الكبدي ولكنه يكون اكثر غورا وقلما يتعرض لنا فى اثناء العمل .

وانا انصح باستعمال المشرط فى شق الرباط المعدى الكبدى فذلك خير من استعمال آلة كالة أو المقص لكيلا يتمزق . فبالمشروط يمكن شق الطبقة المقدمة من هذا الرباط و بذلك نصل الى الاوعية والاعصاب ثم نشق الطبقة الخلفية

وقد تضطرنا التغيرات المرضية فى الانسجة الى تعديل الطريقة لكن لابد

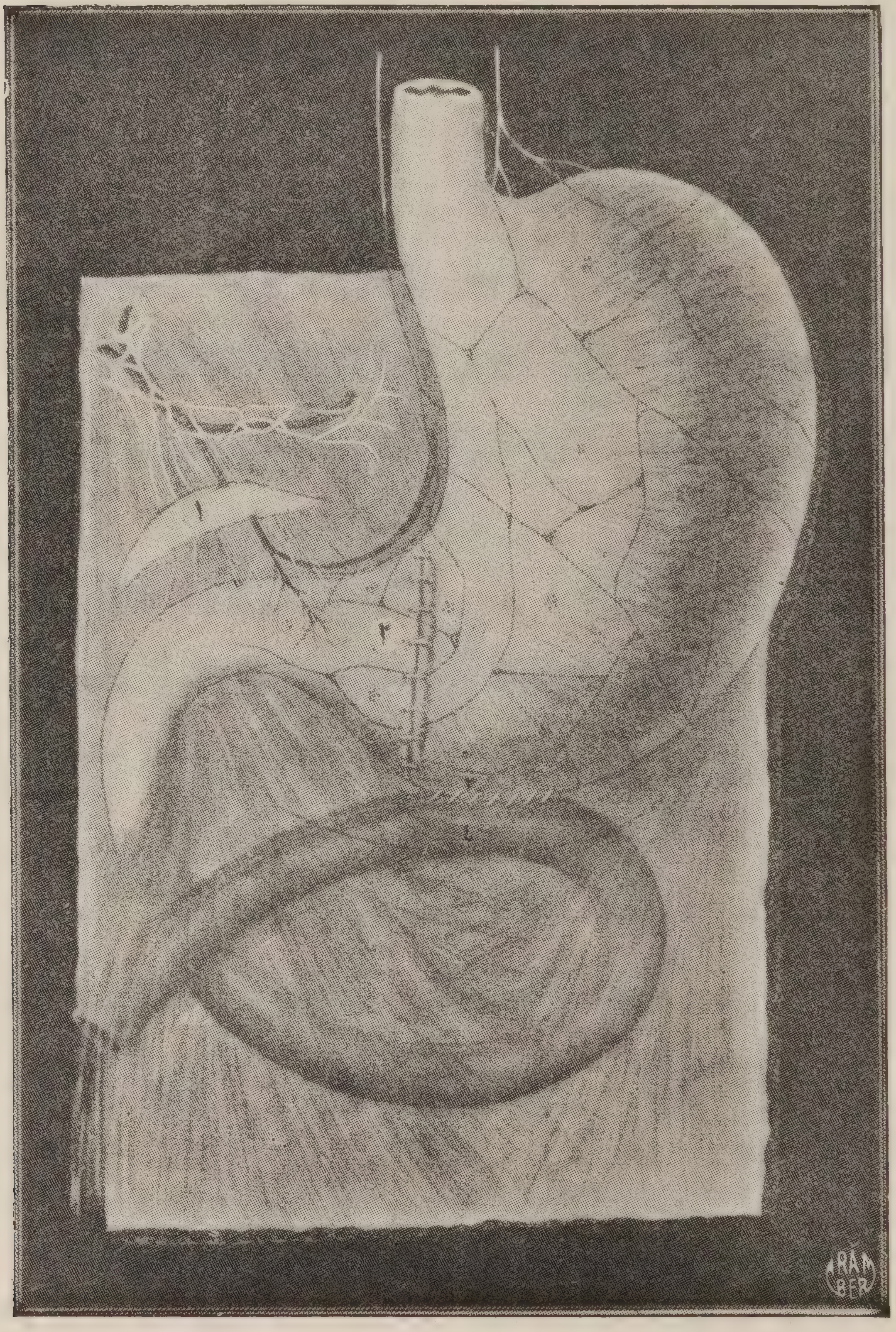
من شق الرباط فى محاذاة اتصال الثلث المتوسط من المعدة بالثلث السفلى منهـا ، والاستمرار بالشق حتى يقطع الشريان البوابى ويربط ثم الاستمرار بعـده مسافة



(شكل ٣)

قيراط ويجب أن يتضمن الشق الورقة الخلفية من الرباط كما يعمل استئصال البواب . وبهذه الطريقة تقطع الاعصاب ويضمن عدم التئامها . وقد يصعب العثور على

هذه الاعصاب لكن اذا عرفنا أن منها عصبين على يسار الشريان البوابى وأربعة على يمين هذا الشريان فحسب الجراح أن يقطع نحو قيراط على ناحيتى الشريان



(شكل ٤)

(٤) وبعد قطع الاعصاب السيمبائوية يلتفت الجراح الى قطع الاعصاب

المجاورة من العصب الرئوى المعـدى ومن المعروف تشريحيا أن الاوعية الدموية كيفما كانت صغيرة ترافقها فى سيرها الخيوط العصبيـة ولا سيما ذلك فى الاحشاء حيث يرافق الوعاء خيوط عصبية سيمباثوية . وهذه الحقيقة تفسر لك الغرض من الشق الدائرى حول المعدة فانك بهذا الشق تقطع قطعـا جزئيا الفروع العصبية من العصب المعدى الرئوى وتقلل التأثيرات العصبية السائرة الى البواب (شكل أ رقم ٣)

وبعض الجراحين يغور بهذا الشق الى أن يصل الى الغشاء المخاطى ولكنى اكتفى بشق الطبقة العضلية حتى الغشاء المخاطى

(٥) والخياطة بطريقة لمبرت تضمن عدم التئام الاعصاب المقطوعة لانطواء الطبقة المصلية العضلية فى اثناء الخياطة . ويحسن أن تكون الغرز قريبة جدا منعا للنزف .

(٦) أما الغرز الاربعة التى ذكرت فهى لاتقاء الدائرة المعيبة

ويصح أن اذكر فائدة هذه العملية بالمقابلة بينها وبين عملية الوصل المعدى المعوى البسيط أولا ، وبين عملية استئصال الجزء المعوى المصاب بالقرحة ثانيا ، وبين عملية استبعاد البواب بعملية الوصل المعدى المعوى ثالثا .

فأما عملية الوصل المعدى المعوى البسيط فقـد قل شأنها الآن عن ذى قبل فقد شوهد ان كثيرا من المرضى يرجعون لاطبائهم شاكين من الاعراض القديمة راجين علاجا يكون اكثر استئصالا للمرض

أما عملية استئصال الجزء المعوى المصاب بالقرحة فافضل علاجا لان فيها يقطع جزء عظيم من الاعصاب كما فى العملية التى شرحتها . لكن لا يمكن اجراء هـذه العملية دائما لما قد يكون حول العفج من الالتصاقات البريتونية بالمرارة من الجهة اليمنى وبرأس البنكرياس[1] من جهتـه اليسرى وبذلك تكون العملية من الصعوبة بمكان يجعل نتيجتها النهائية غير مرضية

---

(١) البنقراس

وأما استبعاد البواب فناجعة على شرط استئصال جزء الرباط الكبدى المعدى الذى يتضمن الاعصاب ولكن لابد من ان يعمل معها الوصل المعدى المعوى

وعلى ذلك أرى أن الافضل لعلاج قرحة العفج هو قطع الاعصاب السيمباثوية والاعصاب السيمباثوية المجاورة[1] مع الوصل المعدي المعوى فى احوال معينة

ولعل فائدة هذه العملية تتضح مما خطر لبعضهم ان يعالج تشنج البواب لشق الغشاء المصلى والعضلى ومما نسب النجاح فيه الى قطع الاعصاب بهذا الشق

وقد عالج بعضهم القرحة المعدية بعمل شق دائري حول المعدة بالقرب من فتحة الفؤاد باكثر مايمكن تشق فيه الطبقة المصلية والعضلية وبعد ذلك يخيط الشق.

والمعتاد ان اقتصر على قطع الاعصاب بالطريقة التى ذكرتها لعلاج القرحة العفجية فأن كان هناك نزف شديد، أو ضيق فى العفج أو تشوه عملت الوصل المعدى المعوى مع قطع الاعصاب .

وقد اجريت عملية قطع الاعصاب لبعض المرضى الذين عاودتهم أعراضهم بعد عملية الوصل المعدى المعوى وظهر من فحصهم بالاشعة ان المعدة تقوم بعملها خير قيام مع وجود الاعراض .

---

(١) الأعصاب السيمباثوية الجانبية الحامية

علاج البلهارسيا بمركب Antimosan (Heyden 661)

للدكتور R.Specht بجامعة وتردبرغ بالمانيا

باختصار عن مجلة Deutsche medizinische Wochenschrift 26 .3. 1926

تعريب الدكتور رغيب ميخائيل

ليس من ينكر تأثير طرطيرات الانتيمون فى علاج البلهارسيا ولكن تأثيراتها الاخرى غير المرغوب فيها مشاهدة كل يوم . فالقيء ونوبات السعال الشديد والالتهاب الرئوى والاسهال والاغماء كثيراً ما تعيق اتمام العلاج بل قد تجعله مستحيلا وقد ذكر غير واحد حوادث كان سبب الوفاة فيها الحقن بالطرطير بمقادير طبيعية . ومن عيوبه الالتهابات المؤلمة التى تحدثها أصغر الكميات فى غير الوريد مما يمنع استعماله فى علاج الاطفال حقناً فى العضلات مثلا . اما الامتين فهو مع ارتفاع ثمنه ليس دواءاً ناجعاً فى شفاء البلهارسيا لهذا كانت الحاجة ماسة الى دواء ليست له تأثيرات الطرطيرات السيئة فتمكن Uhlenbuth وشريكاه فى العام الماضى من اكتشاف مركب جديد من مركبات الانتيمون هو Antimosan (Heyden 661) وقد ثبت بتجارب أجريت على الفيران الموبوءة ببعض امراض Trypanosides التأثير الشديد لهذا المركب الذى فاق تأثير المركب الانتيمونى الآخر (طرطيرات الانتيمون) . وقد أتيحت لنا فرصة تجربة هذا المركب الجديد فى حالتين من حالات البلهارسيا نشرحهما فيما يلى :

الحالة الاولى — طالب مصرى عمره ٢٤ سنة يشكو منذ ست سنوات من اعراض البلهارسيا مع اسهال فى المدة الاخيرة ولكنه عولج مدة طويلة فى المستشفى على اعتبار ان به التهابا كلويا مزمناً نتيجة سل فى الكلى دون جدوي . وبفحص البول بمعرفتى وجدت به زلالا وكريات دم حمراء و بيضاء و بويضات حية للبلهارسيا

التى وجدت أيضاً فى البراز . و بفحص الدم وجد به ١٤ ./. Eosinophile و ٥١ ./. Lymphogyten وقد بدأت علاجه بحقن $\frac{١}{١٠}$ جرام أنتيموزان (= ٢ س م٣ من محلول ٥ ./.) وزادت الكمية بالتدريج الى $\frac{٢}{٥}$ جرام (= ٨ س م٣) أثناء أربعة أسابيع فأعطيته ٣ جرام فى كل المدة (= ٦٠ س م) حقنة كل يومين أو ثلاثة وبعد الحقنة السادسة أى بعد اعطاء $\frac{٩}{١٠}$ جرام انتيموزان زال الزلال والكريات البيضاء والحمراء من البول و بعد الثامنة أى بعد اعطاء ١ $\frac{١}{٢}$ اختفت بويضات البلهارسيا من البول والبراز ولكنى واصلت العلاج حتى كمل اعطاء ٣ جرام

الحالة الثانية : طالب مصرى عمره ٢٠ سنة عولج مدة طويلة على اعتبار ان به التهابا كلوياً مزمناً بدون جدوى وكانت نتيجة فحص البول كزميله وبالدم ١٢ ./. Eosinophile و٢٣ ./. Lymphogyten فعولج كما سبق وكانت النتيجة واحدة وقد لوحظ ان عدد ال Eosinophile نقص النصف بعد انتهاء العلاج

وقد مضت مدة أربعة شهور على انتهاء العلاج دون رجوع أى عارض من أعراض البلهارسيا للمريضين .

ولم يشعر المريضان بتأثير سيء للحقن أثناء العلاج الذى لم يمنعهما من القيام بعملهما وكذلك جربت الحقن داخل العضلات فلم تكن لها نتيجة سيئة

المعرب — حبذا لو جرب حضرات الاطباء هذا العلاج الجديد خصوصاً فى النساء والاطفال وضعيفى البنية حتى يمكن اصدار حكم صحيح على صلاحيته العلاجية . ولعل قسم مباحث البلهارسيا فى مصلحة الصحة يهتم بهذا العلاج حتى يمكن تعميمه فى مستشفيات البلهارسيا للاطفال عوضاً عن الاميتين ؟

بيكربونات الصودا فى أحوال ازدياد كريات الدم الحمراء

حصل شرمان على نتائج مرضية باعطاء بيكربونات الصودا فى حالتين مصابتين بازدياد كريات الدم الحمراء Polycythemia Vera—Vaquez's disease وفي حالتين أخرتين مصابتين بازدياد ثانوى فى الكريات الحمراء Secondary Polycythemia (Le Scalpel, January 23rd, 1926. P. 76) وهو يقترح أن مرض ازدياد الكرات الحمراء يتأثر من التعادل الحمضى القاعدى للدم وفى الوقت نفسه يقر بأن علاجه لهذه الاحوال كان تجريبيا فحسب . وكان يعطي لثلاثة من مرضاه ١٠ قمحات ثلاث مرات يوميا والمريض الرابع خمس قمحات وفي كل من هذه الحالات نقص عدد الكرات الحمراء ٢٥ ٪ أثناء العلاج مع أن الهيموجلوبين والكريات البيضاء لم تتأثر نسبيا وهذا النقص فى الكريات الحمراء كان مصحوبا بتحسين ظاهر فى صحة المريض العمومية وعلى الاخص شفاء آلام العظام الطويلة وقد لوحظ أيضا أنه اذا أوقف تعاطى بيكربونات الصوديوم فان الكريات الحمراء تزداد الى ما كانت عليه

علاج حمى القش Hay fever

حصل أ. و. فلبس على نتائج مرضية جداً فى معالجة ٢٩ حالة Hay fever بواسطة حقن داخل الجلد من خلاصة الطلع Pollen extract تعطى يوميا فبعد تقدير حساسة المريض ومقدار الحقنة الاولى تزاد الجرعة على حسب تحمل المريض باعتبار أن الغرض هو الحصول على رد فعل موضعى بحجم كف المريض تقريبا وبحيث يزول فى ظرف ٢٤ ساعة ففى بعض الاحوال امكن مضاعفة مقدار الجرعة فى كل مرة بينما فى الاحوال الاخرى لم يحتمل المريض سوى زيادة ٥٠ ٪ ويجب

التنبه لتغيير موضع الحقنة فى كل مرة وذلك لتجنب المواضع التى قلت حساسيتها وللتأكد من الحصول على رد فعل قوى . واذا زاد مقدار الحقنة فى الجلد عن ٢٥ و . س. سم تصير مؤلمة ولذا وجب تحضير خلاصة الطلع أكثر تركيزا وفى كل حالة كان الشفاء تاما وقد شفى ستة من الحقنة الاولى وشفى غيرهم فى أقل من ثلاثة أيام وأطول مدة فى جميع الاحوال كانت سبعة أيام أعطى فيها ست جرعات ويقول فلبس أن هذه الحقن خالية من أى خطر مادام رد الفعل من الحقنة السابقة يكون قد بدأ فى الزوال وتكون الزيادة فى الحقن التالية قد قدرت بعناية ويحذرنا بأنه لاينبغى أن يستعمل هذا العلاج الا من لهم درايه خاصة بخلاصة الطلع المذكورة

الهكسيتون عوضا عن زيت الكافور

فى معالجة الاطفال

للاستاذ ايريش رومبرجر Prof. Erich. Romberger بمستشفى الاطفال بجامعة فريبرج

نقلا عن Miunchen. mede. WocheuschrNr. 3 1924

لا تمتص انسجة الاطفال الرضع والكبار الا القليل من زيت الكافور واذا وجدنا مركباً من زيت الكافور له خاصية الذوبان فى الماء لامتصته الانسجة بسهولة وتكون الحاجة وقتئذ ماسة لاستعماله خاصة فى امراض الاطفال وانا لنجد بغيتنا هذه فى الهكسيتون Hexcton وأهم ما يستعمل فيه الحالات المنذرة بوقوف القلب فجأة وتعرف بضعف النبض وفقد الشعور ويمكننا مكافحة تلك الاعراض بالهكسيتون ودلت مشاهداتنا على ان نتائج الحوادث التى عالجناها بهذا المركب كانت احسن بكثير من التى كنا نعالجها باستعمال زيت الكافور وكذلك تبين لنا فى الحالات التى نعالجها باعطاء هيدرات الكلورال Choral hydrate والهدونال Hedounal ان التخدير باستعمال الهكسيتون يكون اسرع واعمق مما اذا كنا استعملنا زيت الكافور مع ازدياد حركة التنفس

ومع انه من المعلوم ان تأثير الهكسيتون هو منبه وقتى الا انه بتوالى تكرار جرع صغيرة تتفاوت بين اعطائها أزمنة قصيرة تدرك مكافحة الحالة المرضية العسرة

وحقن الهكسيتون فى العضلات Intramuscular أصلح من حقنه فى الاوردة لتعذر اجراء ذلك فى الاطفال ويظهر مفعول الدواء بعد الحقن ببضع دقائق فقط . ولم تصادفنا حوادث آل أمرها لتولد خراجات موضع الحقن كما هو الحال في زيت الكافور ومقدار الجرعة التى تعطى للاطفال فى الثلاثة الاشهر الاولى من حياتهم كما استنتجنا من مشاهداتنا ٠٢ر٠ــ ٠٤ر٠ للحقن فى العضل و ٠٠١ر٠ ــ ٢ . . ر . للحقن فِي الوريد وأ كبر جرعة يمكن اعطاؤها دون ظهور اضطرابات ٥ . ر . للحقن فى العضل و٢ . ر . للحقن فى الوريد . أما مقدار الجرعة التى يجب اعطاؤها للاطفال الذين تختلف اعمارهم بين ثلاثة شهور وسنة فهو من ٢ .ر . الى٥ .ر. للحقن فى العضلات ومن ١ . . ر . الى ٢ . للحقن فى الاوردة حتى ٤ . .ر. وللذين تتراوح أعمارهم بين السنتين والخمسة ٥ . ر . ــ ١ر٠ حقنا فى العضلات حتى ١٥ ر ١ . وفى الوريد ٣ . ر ٠ ــ ٥ . . ر حتى ١ . ر .

وللذين تختلف اعمارهم بين السادسة والثانية عشرة للحقن فى العضلات ٥ ٠٠ ر حتى ٢ ر ٠ وللحقن فى الوريد ٠٠٥ر٠ ــ ٠١ر٠ وصفوة القول أن الهكسيتون عبارة عن مركب زيت الكافور كما دلت على ذلك مشاهداتنا وليس الهكسيتون حاصل على جميع خواص زيت الكافور حتى انه يستعاض به تماماً عنه وانما يفضله بسرعة تأثيره على الجهازين الدورى والتنفسى .

علاج حالات من السل الرئوى الشديد

بالهكسيتون من طريق الفم

للدكتور هاز المساعد الاول فى مستشفى موابيت ببرلين

نقلا عن مجلة العلاج الحديث عدد ٣ سنة ١٩٢٥ Therapie de Gegenwart

كثيرا ماتتطلب حالات مرضية عسرة تكرار الحقن بالهكسيتون مما فيه مشقة وكلفة على المريض فاذا صادفنا مركباً آخر يعطى بطريق الفم ويكون له من التأثيرما للحقن وجدنا استعمال هذا المركب فى تلك الحالات ضروريا بل مرغوباً فيه وتخيرنا للعلاج بتلك الطريقة حالات كان النبض فيها رديئاً والتنفس سطحياً مع وجود ازرقاق (Cyanosis) تغشى المريض وكنا نعطي فى مثل تلك الاحوال ثلاث أو خمس مرات فى اليوم لؤلؤة من الهكسيتون مقدارها ١ر٠ لمدة تتراوح بين ثمانية أيام الى عشرة أيام فتتحسن بذلك حال المرضى ويطيقون تلك الجرعة دون ظهور عوارض ولا تمضى تلك المدة حتى يتحسن التنفس والازرقاق وتدعو حالة المريض للارتياح مع زيادة فى الشهية لتناول الغذاء

ومما نذكره مما ظهر تأثيره على الجهاز الدموى فى مريض بلغ من السن الخامسة والاربعين هزيل مصاب بالتهاب رئوى شعبى مزمن Chron. Bronchralpneumive وفى الجهة اليسرى من الصدر التصاقات فى البلورا . فى معالجة هذه الحالة استعضنا بلآلئ الهكسيتون عن الحقن بهذا المركب حيث أخذ المريض ثلاث لآلئ يومياً مدة عشرة أيام فصار النبض بعد فوات تلك المدة ممتلئاً ومنتظماً والتنفس خالصاً

ومما يزيد هذا المركب الجديد حسناً استطاعة استعماله أياما عديدة دون ظهور أى اعراض البتة فى الاحوال التى يتطلب فيها اعطاء المنبهات القوية ولا يجب استعمال ذلك فقط فى احوال السل الرئوى الشديد بل فى جميع أحوال

اضطراب الجهاز الدموى ولا جرم فأنه يحسن اذا طال زمن العلاج اعطاء الدواء من الفم فهو خير من الحقن

تأثير الاستركنين فى معالجة أمراض القلب

للدكتور سمبدلت Sembelt بادفلنبرج

عن مجلة Zentralblatt fin Herz Gefasskrankteiken عدد ٥ شهر مارس سنة ١٩٢٣

زادت الامراض العصبية للقلب بعد الحرب العظمى حتى أصبحت الشغل الشاغل للاطباء ونرى أن تلك الاعراض تزداد سوءا بتعاطى المواد السامة من النيكوتين والكحول

وكنت أستعمل الحقن بالزرنيخ في مثل تلك الاحوال بنجاح حسن ثم استعملت بعدذلك مركب زرنيخى على الاستركنين (او بتارسون Optarson)ودلني الاختبار على البدأ بالحقن بكميات يسيرة فاذا ابتدئ بالحقن يترك المريض يوما أو يومين بدون حقن ثم يباشر الحقن يومياً مع رفع مقدار الجرعة فيصبح بذلك فى حكم المستطاع تحسين الحالة المرضية فى غضون ردح قصير من الزمن فنرى نقصا فى عدد ضربات النبض وارتفاعا فى الضغط الدموى على أننا لم نستطع أن نشاهد فى غضون الحرب عودة هاتين الظاهرتين الى الحد الطبيعى ومجموع ما كنت أعطى من الحقن ستة عشر ثم عمدت لاستعمال نفس الطريقة على النساس كما كنت أستعملها من قبل بين الجنود فكانت النتائج كذلك حسنة مع قلة فى عدد النبض وزيادة فى ضغط الدم وأصبحت هذه النتائج اليوم من الامور المقررة وكثيرا مانشرت على صفحات المجلات الطبية وعززها كلمبرر Klempler حتى لم يعد يخامر أحدا شك فى استعمال الزرنيخ مع الاستركنين فى مركب او بتارزون Optarson الذى يمكن استعماله اثناء الاستشفاء بالحمامات المعدنية أو فى المصحات في أحوال هبوط القلب

استعمال الهلميتول فى علاج المسالك البولية

للدكتور مشيلى Micheli من بدوا من أعمال ايطاليا Padua نشر فى مجلة Medicamenta, Revista de Therapeutica e Pharmacologica العدد ٣٧ من السنة الرابعة عام ١٩٢٥ ما يأتى :

لقد كنت أول من استعمل الهلميتول فى بلاد ايطاليا فى علاج المسالك البولية وتثبت من خواصه وسرعة تأثيره فى تغيير البول البتالوجى وبلغ مجموع الحالات التى عالجتها بالهلميتول Helmitol بمستشفى القلعة Ospedale di Citadella أو فى عيادتى الخصوصية وكانت مصابة بأمراض المسالك البولية مائة واحدى عشر حالة

وكنت أستعمل الهلميتول فى علاج السيلان المزمن والنصف حاد وكذلك فى أحوال التهاب البروستاتا التى فيها يمتد الالتهاب من قناة مجرى البول حتى يبلغ الاغشية المخاطية للمثانة فتصير ملتهبة لدرجة ما وحصلت على نتائج عالية فى شفاء تلك العلل يرجع الفضل فى التأثير فيها بغير ريب للهلميتول وحده الذى لم يكن مهدئا ومسكنا فقط بل كان أكبر عامل فى تغيير البول البتالوجى ومؤثر على الصديد الذي لا يرجع تكونه وحده فقط للجونوكوكوس Gonococcus بل قد يرجع لعدة ميكروبات أخرى كالسبحية Streptococcus والعنقودية Staphyloc-occus وباسيل القولون Coli Bacil المتعدد الانواع المتباين الاصناف

ومن الاحوال التى يؤثر فيها الهلميتول تأثيرا خاصا البول الملوث بالبكتريا Bacteriuric] والتهاب المثانة Cysttis والالتهاب المزمن للكلا المصحوب بالتهاب حوضها Pyelo-Nephritis واقتصرت تجاربنا في علاج البول الملوث بالبكتريا على مريضين أحدهما فى الثانية والستين من عمره والآخر فى الثالثة والسبعين وكان البول فى الحالتين ذا رائحة كريهة شديد التعكير يكاد يكون قوامه لشدة لذاجته متماسكا — أخذ كل من الرجلين جرعة من الهلميتول تختلف بين

٣ ــ ٨ جرام يوميا تحملاها بسهولة زائدة ولم يمض زمن يسير حتى عاد البول الى حالته الطبيعية وزالت منه الرائحة الكريهة

وعالجنا بالهلميتول خمسة وأربعين حالة من تضخم البروستاتا على أشكالها المختلفة وجميع أنواعها المتعددة التى كثيرا ما كان يصحبها التهاب حوض الكلا فقط Pyelitis أو الالتهاب الكلوى مع الحوض Pyelo-Nephritis من أبسط أشكال المرض الى أشدها وأقواها. فمن حالات كانت المثانة فيها متمددة متضخمة تخزن فيها البول واعطى تفاعلا نوشادريا قويا ومن أخري مصحوبة ببول دموى Haematurie أو بول محتو على خلايا اسطوانية Cylinderiuric الى غيرها كان نجاح العلاج فيها رائدنا فحصلنا على نتائج باهرة فى جميع الحوادث التى عالجناها بالهلميتول ولم نر فيها لهذا المركب تأثيراً على الكلا أو الجهاز الهضمي

وفى ثلاث أحوال تخلفت فيها النواصير البولية أثر العمليات الجراحية لم يكن لها ميل للالتئام أعطينا فيها جرعة تختلف من ٦ ــ ٨ جرام فبدأت النواصير الرفيعة تلتئم بعد أن مضى عليها أسابيع طويلة دون أن تنسد وعصت على الكحت بالملعقة الحادة وبالمس بالمواد الكاوية

وقد اتخذت الهلميتول بديلا من اليوروتروبين Urotropin منذ سنين طويلة وانى قبل البدأ فى العمليات الجراحية على المجارى البولية ببضع أيام اعطى المريض مقدارا من الهلميتول جرعة صغيرة قدرها ٢ ــ ٣ جراماً يومياً ثم اكرر المقدار عينه بعد اجراء العملية حتى يتم الشفاء فكنت اشاهد سرعة التئام الجروح المتصلة بالمجارى البولية ويرجع الفضل فى ذلك لتأثير الفورمالدهيد Formaldihyde بماله من قوة التطهير والتحريض على انسجة الالتئام

Kollaps, Schock

عن مجلة (Zeitschrift fur Arzt. Fortb. Nr. 2) : —

مرضان اعراضهما متشابهة ولكن كل منهما يختلف عن نظيره اختلافا بينا في العلاج

فالاول : (يحدث بعد عمل العمليات) علامته : — الاوعية الدموية متسعة جداً ولذا فان الاوعية الدموية الباطنية تمتلئ بكمية وافرة من الدم تسبب فقر دم المخ .

النبض رخو وضعيف . العلاج الكوفين (Coffein) لانه يساعد على انقباضات الاوعية ولكن فعله ضعيف والافضل استعمال Strichnin : حقن بكمية ١ م . ج .

الثاني : (ينشأ عادة من الجراح البالغة) علامته : الأوعية الدموية منقبضة جداً والنبض متوتر والدماغ به فقر دم لصعوبة سريان الدم اليه ولذا من الخطأ استعمال Digitalis فانه عديم الفائدة وكذا Kampfes يزيد الضغط الدموى والعلاج الحقيقي هو حقن المورفين بكمية كافية ويمكن تلخيص ماسبق في سطرين : —

Kollaps = فقر دم المخ . نبض رخو وضعيف = Strychnin nitr.

Schock = « « « « متوتر وقوى = مورفين

عباس جوهر ببرلين

الجمعية الطبية المصرية بالمنيا

ملخص محضر الجمعية العمومية الاولى وجلسة مجلس الادارة الأول

انه فى يوم ٢٣ ابريل سنة ١٩٢٦ الساعة ٧ مساء

بناء على الدعوة المرسلة من لفيف من حضرات أطباء مدينة المنيا لزملائهم الاطباء بالمدينة وأنحاء المديرية للاجتماع للتشاور فيما بينهم لتكوين جمعية طبية علمية غرضها ايجاد الألفة والتعارف بين الاعضاء وتحسين الوسط العلمي فى هذه المدينة اجتمع اربعة عشر طبيباً من مدينة المنيا واعتذر ثلاثة و بعد اجتماعهم تناقشوا فيما اذا كان يحسن تأجيل هذا الاجتماع لجلسة أخرى لعدم تكامل المدعوين أو الابتداء فى العمل من الان فتقرر الابتداء بالعمل لانتخاب مجلس ادارة يتكون من سبعة من حضرات الأطباء يكون بينهم رئيس للجمعية فحصل الاقتراع السرى وكانت النتيجة كالاتى : —

رئيس الدكتور محمود عبد الرازق ١٢ صوتا

أعضاء ١ الدكتور محمود زكى ١٢ صوتاً أعضاء ٤ الدكتور اسكندر الحاج ٦ صوتاً

٢ « فؤاد يسى ١١ « ٥ « محمود شلبي ٦ «

٣ « رياض مرقص ١١ « ٦ « محمد توفيق النجار ٥ «

وعلى ذلك تقرر أن يكون مجلس الادارة من حضرات المذكورين وتقرر اجتماعهم فى عيادة الرئيس الساعة ٧ مساء يوم الجمعة ٣٠ ابريل لعمل الترتيب اللازم الخاص بقانون الجمعية واجتماعاتها وايراداتها وصدق جميع الاطباء على ذلك وفى يوم ٣٠ أبريل اجتمع مجلس الادارة ووضع القانون وقرر أن يكون الدكتور محمود زكى أمينا للصندوق والدكتور فؤاد يسى وكيلا للرئيس والدكتور محمود شلبي سكرتيرا وتقرر اخطار الجمعية الطبية بالقاهرة بتشكيل جمعية المنيا الطبية وأنها ستكون على اتصال بها و بالمجلة الطبية مع ارسال صورة من القانون لها وتصدق على ذلك ؟

سكرتير الجمعية

محمود شلبي

اينسولين ' تابلويد '

هيبودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقى طاهر)

TRADE MARK 'TABLOID' BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الاينسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالاينسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحصول بتحليله فى الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات فى انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا فى ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

اينسولين ' ولكم '

TRADE MARK 'WELLCOME' BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره فى البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار فى ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات اكلينيكية طبية وملاحظات طبية وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركاؤهم

فى لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 144

العلاج بالفيلاكوجين

Phylacogen Therapy

محضرات الفيلاكوجين لشركة بارك ودافيس هى محاليل مائية معقمة تحضر من زرع البكتريا الممرضة المختلفـة بالترشيح بعد قتلها واستعمال الفيلاكوجين فى الطب قائم على النظرية القائلة بتسبب التغيرات المرضية فى الامراض المعدية عن الحاصلات التمثيلية المتخلقة عن الميكروبات

يعطى الفيلاكوجين اما حقنا فى الوريد أو تحت بشرة الجلد وترسل الارشادات والنشرات الخاصة مجانا لمن أرادها

فيلاكوجين العدوى المختلطة	Mixed Infection Phylacogen
« السيلان الفرنجى	Gonorrhea ,,
« الحمرة أو الورشكين	Erysepelas ,,
« الوارية أو التهاب الرئة	Pneumonia ,,
« الروماتزم	Rheumatism ,,
« حمى التيفود	Typhoid ,,

ترسل فى علب فى كل خمس بيلات (امبول) سعة (١) س.م.م أو فى قوارير مسدودة باللستك سعة كل ١٠٠ س.م.م

PARKE, DAVIS & Co.
LONDON

RLS.

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هي لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد السابع سبتمبر ١٩٢٦ SEPTEMBER 1926 السنة التاسعة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م. مصر ١٥٩١ ـ ٢٦

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد السابع　　سبتمبر سنة ١٩٢٦　　السنة التاسعة

محاضرة

عن بعض الادوية القلبية

للدكتور عبد الرحمن عمر بك

مدير مستشفى الاسكندرية وطبيب قسم الامراض الباطنية

حضرات الزملاء

لقد حدا بى لاختيار هذا الموضوع ما رأيته من محاولة الاساتذة الأطباء تنويع طرق العلاج المعروفة فى أمراض القلب وابتكار غيرها فى العهد الأخير . فأردت أن ألم بعض الالمام بطرقهم الحديثة فى استعمال الديجيتالا مثلا مبينا آراءهم فى ذلك ومشيرا الى الكينيدين الذى أدخلوه قريبا ضمن أدوية القلب .

وقبل الدخول فى الموضوع سألقى نظرة على كيفيـة حدوث ضربات القلب بواسطته

الجهاز المنبه لضربات القلب

ينشأ التنبه المحدث لضربات القلب وتنظيمها ويسرى فى نسيج دقيق خاص

بعضه عصبي و بعضه عضلي يوجد على شكل تجمعات أو عقد وعلى شكل خيوط عصبية ضامة أو سايبه

(١) فالعقدة الجيبيـة الأذينية توجد تحت الطبقـة السطحية للقلب بين الوريد الأجوف العلوى والزائدة الأذينية اليمنى . وهذه العقدة هى اكمل التجمعات العصبية العضلية وهى التى تبعث التنبه وتثير دقات القلب وتنظمها ويقال أنهـا تأخذ بعض خيوط عصبية من العصب التائه ومن العظيم السمباتوى . ويمر منهـا التنبيه بكيفية غير معروفة

(٢) خلال جدر الأذينين الى العقدة الأذينية البطينية الواقعة فى الجانب الأيمن من الحاجز الأذينى (بين الأذينين) . ومن هذه العقدة الأذينية البطينية يتجزأ التنبه

(٣) بواسطة الحزمة الأذينية البطينية الى البطينين . وهذه الحزمة تنقسم في الحاجز البطيني (بين البطينين) الى فرعين ينتهيـان بتفرعات تحت الغشاء المبطن للبطينين

وغير معروف كيف يخترق التنبه جدر الأذينين بعد أن ينبعث من العقدة الجيبية الأذينية . ويرجح أنه ينتقل بواسطة الألياف العضلية التى تحدث انقباضاتها المنتظمة التامة انقباض البطينين انقباضا منتظما تاما .

وأما الأنقباضات غير المنتظمة وغير التامة فى الأذينين فينشأ عنها انقباضات غير منظمة وغير تامـة فى البطينين . ولذلك فانه فى الحالة المرضية التى يكون فيهـا الأذن متمددا وجداره العضلى فى حالة تهيج محدث لمجهود مستمر غير مجـد لينقبض انقباضا تاما . فى هذه الحالة يكون انقباض البطينين غير منتظم .

وبينما أنه في الحالة الطبيعية ينشأ التنبه من العقدة الجيبية الآذينية ويحـدث ضربات منتظمة فأنه فى الأحوال غير الطبيعية سواء كانت ناشئة عن اختلال

وظيفي أم عن حالة مرضية عضوية قد ينشأ التنبه من جزء آخر من اجزاء الجهاز العصبي للقلب و يكون غير منتظم . فقد ينشأ من الأذين أو من البطين ويحدث انقباضا غير تام (Premature Systole) [1]. وهذه الحالة الأخيرة قد تنشأ أيضا من تنبه غير تام فى العقدة الجيبية الأذينية كما تنشأ من التغيرات المرضية فى النسيج العضلى للقلب وفى الأحوال التى تحدث تهيجه . وينشأ مثلها عدة أعراض أخرى كالتقطع والارتجاف الأذينى والخفقان النوبى وغيرها .

الى هنا انتهى ما أردت الأشارة اليه من النظام المسيطر على ضربات القلب. واضطراب هذه الضربات ثم الأمراض العضوية هما أساس هبوط القلب [2] وهما المقصودان بالعلاج

الادوية القلبيـة

الأدوية المستعملة فى علاج أمراض القلب بقصـد تنظيم ضرباته كثيرة . وسأذكر منها ما كان ذائع الاستعمال وطريقة استعماله حسب ما يشير به الثقاة من الأساتذة . وسأعنى عناية خاصة بالديجيتالا والـكينيدين

وهاك بعض هذه الأدوية

الديجيتالا ـــ الاستروفانتوس ـــ الوابايين ـــ الكراتيجوس ـــ الكاكتوس ـ الـكينيدين

الديجيتالا

ما زالت فى مقدمة الأدوية القلبية وقد ثبت من زمان طويل (سنة ١٧٨٥) أنها ذات قيمة فى ادرار البول فى أحوال هبوط القلب [2]. ومن ذلك العهد أخذت فوائدها تظهر وتحدد . ومعروف الآن أنها أفيد ما تـكون فى أحوال الارتجاف الأذينى . (A. Fibr.) [3] . وهى لا تمنع الانقباضات الدائرية فى الأذين ولـكنها

(١) انقباضا عاجلا أى فى غير أوانه (٢) قطوع القلب . فشله أو كسرته أو فلسه
(٣) الانقباضات الخيطية الراجفة

تهدى البطين بواسطة التأثير على الاتصال العصبى بين الأذين والبطين . وهى ذات قيمة أيضا فى أحوال الخفقان الأذينى (A. Flutter) وفى أحوال هبوط القلب. ولا يمنع استعمالها ارتفاع ضغط الدم لأنها لا تزيد الضغط اذا أعطيت بمقادير معتدلة . أما مسألة تقوية الديجيتالا للعضلة القلبية فهى موضع نظر . فهى غالبا لا تأثير لها على هذه العضلة مباشرة وانما هى تؤثر على العصب التائه فتبطىء حركة القلب جميعه فتزيد الفترة بين الانقباضات وتزيد قوة الانقباض وتحسن الدورة الدموية فى الأوعية التاجية فتتحسن بذلك تغذية العضلة القلبية

وتعطى عادة بمقادير كبيرة فى أحوال هبوط القلب الشديدة . ولكن بالنسبة لاحتمال حصول تسمم فتعطى الكمية اللازمة مجزءة على فترات متباعدة بضع ساعات . وبالطبع مع هذه التجزئة وتباعد الفترات تتأخر نتيجة تأثير الدواء . والسبب في اعطائه مجزء على فترات متباعدة هو أن الديجيتالا يتم امتصاصها من المعدة فى ست ساعات وتتخلص منها البنية بطريق الأمعاء والكلى ببطء فلذلك يخشى من تخزنها داخل البنية وظهور أعراض التسمم الخطرة

وقد شوهد بالتجربة أن أعظم النتائج يحصل بأعطاء كمية من الديجيتالا كافية لأحداث مبادىء تسمم وأن هذه الكمية هى عادة متناسبة مع وزن الجسم وتعطى الديجيتالا بأحدى ثلاث طرق

(الأولى) بمقادير صغيرة يظهر تأثيرها فى أربعة الى ستة أيام . فتعطى الصبغة بمقدار ٢٠ الى ٤٠ نقطة كل ٤ ساعات فى بحر النهار

(الثانية) بمقادير كبيرة يظهر تأثيرها فى يوم أو يومين . فيعطى ٠٫٤ جرام من الصبغة كل ست ساعات ليلا ونهارا لغاية أربعة مقادير . وفى اليوم الثانى يعطى ٠٫٢ جرام كل ٤ ساعات

(الثالثة) بنسبة وزن الجسم . وهذه الطريقة وان كانت معقولة الا أنها فى

كثير من الأحيان لا يتيسر فيها ضبط المقادير بالنسبة لعدم معرفة وزن الجسم في كل حالة. فهي في الواقع ليست عملية. ولكننا سنشرحها للعلم بها ولمن شاء أن يجربها:

وكيفية تقدير الكميات تحسب بمقتضى قانون Eggleston الذى سنشرحه بعد . وعند معرفة الكمية تعطى كما يأتى : فيعطى

أول مقدار = ثلث أو نصف مجموع الكمية وبعد ست ساعات يعطى

ثانى مقدار = $\frac{١}{٥}$ الى $\frac{١}{٤}$ من الكمية وبعد ست ساعات يعطى

ثالث مقدار = $\frac{١}{٨}$ الى $\frac{١}{٦}$ «

فاذا لزم أزيد من ذلك فيعطى $\frac{١}{١٠}$ من الكمية كل ست ساعات حتى تظهر النتيجة — وتستعمل هذه الطريقة فى الأحوال المستعجلة بشرط أن لا يكون المريض قد اعطى له ديجيتالا قبل ذلك . فاذا لم تكن الحالة مستعجلة فيعطى ربع الكمية ويكون بعد ست ساعات ثم يعطى $\frac{١}{١٠}$ الى $\frac{١}{٨}$ كل ٦ ساعات حتى نصل الى النتيجة . فاذا كان المريض قد سبق أن اعطى ديجيتالا فيعطى له فقط ثلاثة ارباع الكمية اللازمة مقسمة على ثلاثة اجزاء يعطى منها جزء كل ست ساعات

وقانون Eggleston يقصد به حساب اكبر كمية يمكن اعطاؤها المريض . وأساس هذا القانون وحدة تسمى وحدة القط وهى وزن الديجيتالا الجافة بالمليجرام بنسبة وزن الجسم بحيث أن كمية الديجيتالا لو عمل منها محلول وحقن فى الوريد يكفى لقتل قط . وهذا هو القانون

$\frac{\text{وحدة القط} \times ١٥ و٠ \times \text{وزن الجسم}}{١٠٠}$ = كمية الديجيتالا باعتبار أن وزن الجسم محسوب بالارطال الانجليزية (الرطل = ٤٢٠ر٠ جرام) واذا كانت وحدة القط غير معروفة فتحسب برقم ١٠٠

واذا كان وزن الشخص غير معروف فتؤخذ ثلاثة ارباع الكمية .

من ذلك نرى أن هذه الطريقة غير عملية وغير مأمونة كثيرا فى الاستعمال العادى

ولا يبرح عن الذهن أن المقادير الكبيرة خطرة فاذا لم تكن هناك دواع اضطرارية فليس من الحكمة العدول عن المقادير الصغيرة الى الكبيرة . والعلامات التى تمنع استمرار الديجيتالا هى (١) التهوع والقيء المسبب من احتقان أوعية المعدة (٢) نقص ضربات القلب فى القمة عن ٦٠ فى الدقيقة (٣) حصول التقطع وعدم النظام وازدواج الدرجات

وتعطى الديجيتالا على شكل مسحوق أو منقوع أو صبغة ولها عدة مركبات جاهزة فى التجارة أهمها وأكثرها استعمالا الديجيتالين (ناتيفل) والديجالين وغيرهما كثير

الاستروفانتوس

يشبه الديجيتالا فى استعماله وتأثيره . من أسرع الوسائل للتأثير العلاجى فى القلب اعطاء حقنة استروفانتين فى الوريد بمقدار $\frac{1}{200}$ الى $\frac{1}{100}$ من القمحة بشرط أن لا يكون قد سبق للمريض تعاطى الديجيتالا حديثا .

ويجب أن لا ننسى التسمم هنا أيضا فان المعدة هى فى الواقع وسيلة من وسائل تخفيف التأثير السام

الوابايين

يستعمل كالديجيتالا والاستروفانتوس . وهو اما على شكل Solubaïne الموجود فى التجارة أو على شكل امبول . والأول يعطى من ٥ الى ١٠ نقط ثلاث مرات فى اليوم والأمبول منه $\frac{1}{2}$ ملليجرام للحقن فى العضلات و $\frac{1}{4}$ ملليجرام للحقن فى الوريد . وتوجد منه اقراص بمقدار $\frac{1}{10}$ ملليجرام القرص الواحد يؤخذ منها ثلاثة فى اليوم . وقد جربنا هذا الدواء بنجاح

السكراثيجوس[1]

مثل الوابايين وأهم مستحضراته الصبغة وهو يباع فى التجارة على شكل Cratægol . وتعطى الصبغة بمقدار ١٠ نقط ٣ — ٥ مرات يوميا والسكراتيمبول بمقدار ١٥ — ٢٠ نقطة وتجربتى لهذا العلاج قليلة .

الكاكتوس

مادة نباتية استعملت بكثرة فى أمريكا وكان لى حظ تجربتها فى أسيوط نقلا عن الأطباء الامريكين ولكنى لم أر لها فائدة تذكر وقرأت أخيرا أن الاعتقاد فى فائدتها أخذ فى الضعف . وقد استعملها هوشار من مدة سنوات . وتأثيرها يرفع ضغط الدم بدون ادرار للبول . وأهم مستحضراتها الخلاصة السائلة ومقدارها من ١٠ — ٦٠ نقطة في اليوم . وتستعمل في الخفقان وعدم كفاية صمام الأورطى وتمدد القلب

السكينيدين

أحد قلويات السكينا . استعمل لأول مرة سنة ٩١٨ فى الارتجاف الأذينى. اختبار الحالة التى يعطى لها . وهو ذو فائدة عظيمة فى أحوال الارتجاف الأذينى والخفقان الأذينى فى الأحوال التى ليس فيها ضخامة فى القلب ولا مرض فى الصمامات . وينفع فى الخفقان النوبى الذى لا تنفع فيه الديجيتالا عادة

موانع استعماله : (١) لا يستعمل مطلقا فى الأحوال المصحوبة بهبوط فى القلب فهذه الأحوال تعالج بالديجيتالا ومدرات البول حتى يحصل التوازن و بعد أسبوع من ابطال الديجيتالا يمكن أن يعطى السكينيدين (٢) تقطع ضربات القلب من موانع استعماله (٣) ولا يستعمل في حالة وجود سدة وعائية (٤) ولا يعطى مع الديجيتالا فى وقت واحد

---

(١) زهور السكراثيجوس أو كسيكانتا Cretaegus oxycantha نبات أوروبى يزهر في شهر مايو ويسمى أيضا Aubépine

كيفية استعمال العلاج : يبقى المريض فى الفراش فى حالة راحة تامة مع التمريض الدقيق مدة أسبوع ويعطى ملينات وغذاء لا يحدث غازات . ويعطى الكينيدين من الفم مسحوقا فى محافظ من الجيلاتين . وآمن طريقة هى أن يعطى في اليوم الأول ٢٠ر٠ جرام كمقدار تجريبى (والدواء موجود الآن فى التجارة على شكل اقراص (Quinicardine) ٢٠ر٠ جرام) للتحقق من قابلية الجسم للدواء. فاذا لم تظهر اعراض تسمم فيعطى فى اليوم الثانى ٤٠ر٠ جرام كل ٣ساعات لغاية أربعة مقادير . ثم تزداد في اليوم الثالث الى خمسة مقادير وتبقى كذلك لآخر الأسبوع فاذا لم ينتظم القلب فى هذه المدة فيكون الدواء فى الغالب غير مفيد . ويلاحظ النبض قبل اعطاء كل مقدار فاذا كان منتظما فيوقف الدواء حتى يعمل رسم لتموجات النبض . ويشير بعضهم (Hay) الى اعطائه كل ساعتين مدة النهار لغاية عشر مقادير فيعطى في اليوم الأول ٢٠ر٠ وفى اليوم الثانى ٢ر٠ جرام مقسمة الى ١٠ مقادير وقد تزاد الى ٣ر٠جرام مقسمة الى ١٠ مقادير. وأقل مقدار يمكن أن يفيد هو ٣٠ر٠ جرام فى أحوال الجواتر الجحوظى المصحوب بخفقان وقد تدعو الحالة الى استمرار استعماله بهذا المقدار

علامات التسمم والأخطار : قد يكون هناك استعداد للتسمم به فيضعف التنفس وينشل الدماغ . وقد لاحظ (Benjamin) حصول سدة فى سنة ١٩٢١ بسبب استعمال الكينيدين هي فى الغالب نتيجة انفصال جلطة دموية من جدر الأذينين . وهى ليست قاتلة حتما . وقد يحصل خفقان بطيني يمكن أن يحدث الموت الفجائى . وقد يوجد ألم فى الرأس أثناء تعاطي الكينيدين وقد يوجد عرق وتهوع وقيء واسهال وآلام فى البطن وطفح قرمزى وغطمشة[1] فى البصر وضربات قلبية تابعية هى من دواعى ايقاف العلاج

نتائج الكينيدين . تنتظم ضربات القلب فى ٦٠ ٪ من الحالات ويزول

---

(١) غطش

الارتجاف الأذينى ولـكن يحصل أحيـانا أن تعود الأعراض سواء مضينا فى اعطاء العلاج أم لا . على أن بعضهم يقول بضرورة اعادة الدواء بعد شهر ثم بعد بضعة أشهر حتى يحصل الشفاء التام ويدعون أنهم بذلك حصلوا على نتائج حسنة .

فقيمـة الدواء ما زالت مشكوكا فيهـا واستعماله غير خال من الخطر ويجب استمرار التجربة لعلنا نصل الى فائدة من هذا الدواء تنفع المرضى فى حالة اخفاق الديجيتالا فى الأرتجاف الأذينى

وقد جربت هذا الدواء فى حالتين بالمستشفى فكانت النتيجة حسنة جـداً اذ قد زالت حالة الارتجاف الأذيني وانتظم القلب وتحسنت الحالة التامة لكل من المريضين ولـكنى لا أدرى ان كان هذا التأثير دائمـا أم هما سيعودان للمستشفى بنفس الحالة .

هذا وأرجو أن يتكرم حضرات الزملاء بتجربته والسلام ؟

علاج سرطان الثدى بأشعة رونتجن

للدكتور محمود عفيفى

طبيب أول قسم الأشعة والكهرباء بمستشفى اسكندرية الاميرى

يشغل هذا الموضوع عناية الدوائر العلمية فى البلاد المختلفة . ولهذا لا أرى بداً من أن أعرض على حضرات الاطباء والجراحين من مواطنينا آراء أقطاب فن الأشعة فى مختلف البلدان فى هذا الموضوع . وخير ما اتقدم به لحضراتهم ما دار من المناقشة فى المؤتمر الدولى الأخير للأشعة الذى عقد فى لندن سنة ١٩٢٥ ·

بدأ الموضوع الاستاذ فنتز رئيس عيادة أمراض النساء بجامعة ارلانجن بالمانيا . قال — :

ان موقف العلاج بالأشعة بالنسبة لسرطان الثدى لا يزال موضوع الجدل والمناقشة ويوجد من الثقات من لا يزال يتساءل عن فائدة العلاج بالاشعة فى الادوار الاولى من سرطان الثدى . لهذا أصبح من الضرورى جداً أن يتناول الباحثون من أقطاب فن الأشعة من جميع انحاء العالم هذه المسألة الهامة . ويوجد لدينا شىء غير قليل من المعلومات المبنية على النتائج العملية عن هذا الموضوع . ولكن لا توجد احصائيات عديدة متنوعة تكفى لوضع قرار حاسم فى ذلك .

ان طرق المعالجة بالاشعة لا تزال فى دور التطور والتقدم ولذلك لا يمكن لطبيب بمفرده أن يقدم احصائيات كافية عن أى نوع خاص من السرطان عولج فى كل حالة من هذا النوع بنفس الطريقة · وهـذا هو السبب الذى منعنى فيما مضى من نشر احصائياتى ولكن بما أنه أصبح لدى الآن نتائج معالجة ثلاثمائة حالة من حالات سرطان الثدى اتبعت فى علاجها جميعاً طريقة واحدة فى المدة بين سنة

١٩١٨ و سنة ١٩٢٤ — فأنى أعتقد ان الوقت قد حان لعرض احصائياتى على هيئتكم الموقرة لتحكموا فيها . وفى هذه الفرصة ارجو جميع اطباء الاشعة ذوى المران العملى الكبير أن يتكرموا بنشر احصائياتهم . أما اولئك الاطباء الذين ليس لديهم سوى عدد قليل من نتائج المعالجة بالاشعة لحالات سرطان الثدى الممكن استئصاله جراحياً : فأرجو أن يتكرموا بارسال نتائجهم إلى لاضمها الى ما جمعته من الاحصائيات التى أوشكت أن أتمم جمعها وترتيبها . . . .

لغرض الاحصاء يجب أن نعتبر أولا تلك الحالات التى مر عليها ثلاث سنوات تحت الملاحظة بعد العلاج بالاشعة . . . ولغرض التقسيم النوعى للحالات يحسن أن نتبع طريقة تقسيم « ستينهول » — :

المجموعة (ا) فيها الورم محصور فى الثدى . و يمكن تحريكه ولا توجد عدوى فى الغدد التى تحت الابط أو الغدد التى فوق الترقوة .

المجموعة (ب) فيها الورم منتشر فى أنسجة الثدى والغدد التى تحت الابط يمكن حسها :

المجموعة (ج) فيها الورم منتشر فى أنسجة الثدى والغـدد التى فوق الترقوة و يمكن حسها و فيها metastasis (١) ولغرض الوصول الى النتيجة النهائية سأقسم الحالات الى قسمين : حالات مفقودة وحالات شفيت

اولا (الحالات المفقوده)

تحت هذا العنوان نضم جميع الحالات التى ماتت بسبب السرطان أو بسبب مرض اضافى وكذلك الحالات التى لم نتمكن من متابعتها . وأيضا الحالات التى كانت على وشك الموت عند نهاية ثلاث سنوات من العلاج بالاشعة سواء من النهوكة cachexia (٢) أو من metastasis (١) بعيد مثلا فى الكبر

---

(١) سروح أو انبذار (٢) الضعفة أو سوء المزاج

ثانيا (الحالات التى شفيت اكلينيكيا)

تحت هذا العنوان نجمع فقط تلك الحالات من الذين وجد بعد الفحص الدقيق أن لا أثر للسرطان فيهم ومن الذين وجد أن صحتهم العمومية حسنة بدرجة تسمح باعتبارهم نقهوا من المرض بعد ثلاث سنوات من المعالجة بالاشعة .

واليكم الاحصائيات المبينة على التقسيم السابق المذكور :—

عدد الحالات التى عولجت	عدد الحالات التى شفيت	عدد الحالات المفقودة	نسبة الشفاء
المجموعة (ا) ٢١	٢٠	١	٩٥و٢ ٪
المجموعة (ب) ٤١	٢٨	١٣	٦٨و٢ ٪
المجموعة (ج) ٤٤	٨	٣٦	١٨و١ ٪

واعتقد أن مرور ثلاث سنوات على المريض تحت الملاحظة يكفى لاسيما واننى ضممت في احصائياتى تلك الحالات التى ماتت من أمراض اضافية .ولو أنه يجدر بنا أن ننشر الملاحظات التى امتدت الى أجل أطول اذ أنه فى حالة السرطان يصح لنا أن نتكلم عن الشفاء الصحيح اذا وجدنا المريض سليما بعد مضى خمس سنوات على المعالجة

ان مرانى فى علاج سرطان الثدى بالاشعة يسمح لى كذلك أن انشر احصائياتى عن ملاحظات امتدت زمناً طويلا . وسأتقدم بذكر المجموعتين ا و ب معاً لاجتناب ذكر الارقام الصغيرة

واذا ذكرنا أن الاشعة تقتل بالفعل خلايا الورم الخبيث الاصلى في الثدى فانه يستنتج أن الاشعة يمكنها القضاء على ورم الغدد اللمفاوية التى تحت الأبط لأن العمق المراد ان تنفذ اليه الاشعة ليس أكبر من عمق الورم فى الثدى .

ولغرض المقارنة سأعرض أرقام المجموعتين ا و ب فى مدة الملاحظة الممتدة ثلاث سنوات أولا

سنوات				مجموع ستينهول	عولجت	شفيت	نسبة الشفاء
٣ سنوات بعد العلاج				ا و ب	٦٢	٤٨	٨٨ ٪
«	«	«	«	حـ	٤٤	٨	١٨و١ ٪
٤ سنوات بعد العلاج بالاشعة				ا و ب	٤٧	٣١	٦٥و٩ ٪
«	«	«	«	حـ	٣٦	٣	٨و٥ ٪
٥ سنوات بعد العلاج بالاشعة				ا و ب	٣٥	١٧	٤٨و٥ ٪
«	«	«	«	حـ	١١	٢	١٨و٨ ٪
٦ سنوات	«	«		ا و ب	٢٨	٩	٣٢و١ ٪
«	«	«	«	حـ	١٠	١	١٠و٠ ٪
٧ سنوات	«	«		ا و ب	١٥	٣	٢٠ ٪
«	«	«	«	حـ	٤	—	—

يستنتج مما تقدم أن سرطان الثدى يجب أن يعالج بالاشعة فى الادوار الاولى من المرض للحصول على أحسن النتائج . . وليس الامر سواء للجسم اذا كان فيه ورم خبيث صغير محصور أو كان الجهاز الليمفاوى كله متأثراً بخلايا الورم الخبيث .

ان نسبة مئوية للشفاء مثل ١٨ ٪ فى المجموع (حـ) من الحالات التى امتدت فيها الملاحظة الى ثلاث سنوات لا توجد عادة فى احصائيات حالات سرطان الثدى التى تعالج جراحيا ويجب أن نذكر الى جانب ذلك انى ضممت فى احصائياتى بالنسبة للمجموعة (حـ) تلك الحالات السرطانية المتقدمة جداً (cancer en cuirasse) [1] والتى فيها انتشار بعيد metastasis والتى عولجت بالاشعة لغرض تخفيف الوطأة ليس الا (palliâtive) أى انى ضممت الحالات التى لا يمكن عمل عمليات جراحية لها مطلقاً . ولهذا فان المادة التى تغذى احصائيات الجراحة عن مجموعة مثل (حـ) خير

اذا أخذنا فى فحص هذه الاحصائيات يتبين أن النتائج تشابه نتائج احصائيات علاج السرطان فى الرحم بالاشعة .

(١) السرطان الزردى

من المادة التى تغذى قاعدة الاحصائيات والنتائج التى تظهر احصائياتى عن العلاج بالاشعة للمجموعة (ب) خير من متوسط النتائج التى تظهرها الاحصائيات الجراحية.

وفيما يتعلق بالمجموعة (ا) فانه بلا شك يوجد تسابق عظيم بين العلاج بالجراحة والعلاج بالاشعة اذا نظرنا بعين الاعتبار فقط الى النتائج والاحصائيات التى يحصل عليها أمهر الجراحين. (وهذه الحالات من المجموعة « ا » ثبت تشخيصها بالفحص الميكروسكوبى)

ومما لا شك فيه أنه إذا أردنا الحصول على أحسن النتائج بعد انقضاء ثلاث سنوات من المعالجة فان مجرد اعطاء الاشعة لا يكفى بل هناك اعتبارات يجب مراعاتها بدقة وتعليمات ضرورية للحصول على شفاء سرطان الثدى بواسطة الاشعة وهى :

أولا : يجب أن يعطى المقدار الكافى من الاشعة اللازمة لاهلاك خلايا السرطان سواء للغدد التى تحت الابط أو للغدد التى فوق الترقوة أو للورم الاصلى نفسه.

ثانياً : ان أهمية اعطاء مقادير مضبوطة المقياس من الاشعة تعادلها أهمية وضع تصميم خاص للعناية بالمريض بعد تعريضه للعلاج الطويل بالاشعة. وان الأمر لاينحصر في أن اهلاك الخلايا السرطانية يصحبه انتشار سموم فى أنحاء الجسم بل لان عملية التحليل والتركيب metabolism للخلايا السليمة فى الجسم تتغير تغييراً كبيراً بتعريض جزء كبير من الجسم للأشعة. وأصبح على الجسم أن يتحمل مشقة التخليص من الخلايا الهالكة وعناء استبدال الورم المتفتت بأنسجة سليمة. وهذه المأمورية الشاقة التى على الجسم أن يؤديها لايمكن تأديتها الا اذا كانت شروط الحياة السائغة حسنة متوفرة للمريض خارج المستشفى

ثالثاً : يجب الحذر عند علاج سرطان الثدى بالاشعة من احداث التليف الرئوى . . . . . ومنذ فهمنا طبيعة التليف حاولنا الوصول الى طريقة مناسبة لتعريض الثدى بالاشعة نتجنب بها على قدر الامكان حدوث ذلك التليف

فيما كتب عن هذا الموضوع يحبذ الكثيرون أن يكون العلاج بالاشعة بعد عملية استئصال سرطان الثدى في أقرب فرصة بمجرد ماتسمح حالة المريض العمومية وهناك طريقة لهذا العلاج الواقى (prophylactic X-Ray treatment) ينظر إليها بعين الاعتبار الادبى وهى : — أن يعرض للاشعة كل الاجزاء المصابة بالمقدار الكافي من الاشعة الذي كان يعطى لو لم تعمل العملية الجراحية . . . والطريقة الثانية هى أن يعطى المريض مقادير قليلة من الاشعة تكرر في فترات متقاربة في بحر سنة أو سنتين بعد العملية وتصوب الاشعة نحو كل الاجزاء المصابة . وبهذه الطريقة الثانية يكون مجموع ما اعطى للمريض من الاشعة اكثر مما أعطيه غالباً دفعة واحدة .

لقد تركت الآن فكرة اعطاء العلاج الواقى بعد العملية الجراحية مباشرة (اذا عملت للمريض عملية استئصال الثدى) ولكنى انتظر لو عملت للمريض عملية حتى تظهر أورام nodules على الجلد أو يظهر انتشار metastasis فى الغدد واذا لم تظهر مثل هذه العوارض فانى أنتظر من ستة الى ثمانية أشهر بعد العملية ثم أعطى العلاج بالأشعة بطريقتى الخاصة (من ٩٠ ٪ — ١٠٠ ٪ من وحدة المقدار الجلدى unit skin dose معرضاً لفعل الأشعة جميع الأجزاء المصابة — وقد دعانى الى اتباع هذه الطريقة سلسلة من المشاهدات . فلقد لاحظت فى كثير من الأحيان أن السرطان ينتشر فى الجسم بعد العملية و بسببها بطريق الدورة الدموية ويؤدى إلى حدوث انتشار بعيد (metastasis) فى بعض أجزاء الجسم لا سيما العمود الفقرى . واذا تصادف وحصلت عدوى الدم المذكورة فلا يكون هناك ثمة فائدة من المعالجة بالأشعة اذ من المحقق أن يموت المريض سواء عولج بالأشعة أو لم يعالج . . .

وانى لم أجد للآن مايبرر الدعوى بأن اعطاء مقادير صغيرة من الأشعة

العميقة تحدث تغيرات حيوية فى الجسم biological تساعده على اهلاك العناصر السرطانية الدائرة فى الدم .

و بما أن عملية الانتشار (metastasis) عن طريق الدم تحدث غالباً فى الستة الشهور التى تلى العملية الجراحية فانه يخيل الى أن ذلك يبرر الانتظار هذه المدة قبل إعطاء علاج الاشعة الواقى . . ولقد ذكر فيما سبق أنه قد يشاهد حدوث أورام عائدة مرضياً (local recurrences) حتى بعد اعطاء المقدار السرطانى الكامل من الاشعة (X-Rays Cancer dose) لجميع الاجزاء الصلبة وهذه المشاهدات لاتناقض الدعوى بأن إعطاء الاشعة بالمقدار السرطانى الكامل من الاشعة (١١٠٪ من وحدة المقدار الجلدى) تكفى لقتل خلايا السرطان بل انها تؤدى الى فرض وجود دور تحضيرى للخلايا السرطانية وأن هذا المقدار من الاشعة لايمكنه ايقاف عملية تحويل الخلايا الابثيلية (apithelial cells) الى خلايا سرطانية (لهذا قد تحدث الاورام العائدة) ولكننا إذا عرضنا جميع أنحاء الجزء المصاب لأشعة بقدر ٩٠ ٪ — ١١٠ ٪ من وحدة المقدار الجلدى فأننا نكون قد وجدنا « موضعاً قليل المقاومة » وهذا ما يجعلنا نحاذر كثيراً قبل الاقدام على إعطاء مثل هذا المقدار من الاشعة لنفس الحالة مرة ثانية (يقصد أنه فى حالة الاورام العائدة بعد العلاج بالاشعة لايعطى نفس المقدار من الاشعة مرة أخرى للحالة) .

وأخيراً فأنى أشير الى نتيجة احصائياتى ... أن الحالة الحيوية (Bickogicel) للانسجة فى حالات سرطان الثدى التى عملت لها عملية جراحية تختلف عنها فى الحالات التى لم تعمل لها عمليات . . .

ونسبة الشفاء بعد ثلاث سنوات للحالات التى عالجتها بالاشعة عقب العملية الجراحية هى ٥٧ ٪ ولكنى أوجه الانظار الى أن نسبة الشفاء للحالات من مجموعتى ا و ب التى عالجتها بالاشعة فقط بدون عمليات هى ٧٧ ٪ وربما يخيل للمرء أن

الجمع بين العملية الجراحية معقوبة بالمعالجة بالاشعة يعطى المريض فرصة أحسن للشفاء ولكن الواقع ليس كذلك . ولهذا لا أجد نفسى مطمئناً من جهة إعطاء العلاج الواقى (prophylactic treatment) من الاشعة عقب العملية مباشرة وربما يعترض البعض بأن الانتظار ريثما تحدث اعراض انتشارات ثانوية Secondary deposits يكون فيه خطر كبير بحجة أن خلايا السرطان فى هذه المدة يكون لديها فرصة الانتشار وأن الارتجاعات المرضية (local recurrences) أو الاورام المنتشرة (metastasis) يجوز أن تكون صغيرة بدرجة لاتسمح بأن نكتشفها بطرق الفحص العادية . ولكن ملاحظاتنا فى المستقبل ستظهر ما اذا كانت هذه الاعتراضات لها أى مبرر أم لا

***

هذه هى آراء الاستاذ فنتز الالمانى التى أعجب بها حضور المؤتمر . وناقشه فيها الاستاذ فرانكاين الروسى والاستاذ ريجو الفرنسى والدكتور فنزى الانجليزى والاستاذ هولندر النمساوى

وكانت معظم الاعتراضات تدور حول طول المدة التى ينتظرها الاستاذ فنتز بعد العملية الجراحية قبل البدء فى المعالجة بالاشعة وكذلك على الاكتفاء بالاشعة للحالات التى فيها المرض لايزال فى أطواره الاولى .

ويرى الاستاذ هولندر ضرورة تعريض المريض للأشعة قبل العملية الجراحية لتحصين المريض من خطر انتشار الورم الخبيث أثناء العملية وبسببها ذلك فى الحالات التى يصمم الجراحون على عمل عمليات جراحية لها . ووافقه الاستاذ فنتز على ذلك فى رده الختامى مشيراً إلى أن العملية يمكن عملها بعد الاشعة بأسبوعين .

***

هذه خلاصة مادار فى المؤتمر الدولى الاخير للأشعة . ولأتمام هذا البحث

الشيق أذكر خلاصة ما ألقى حول هذا الموضوع فى جمعية رونتجن الأمريكية فى سبتمبر سنة ١٩٢٥ : —

قابل فاهلر (فلادلفيا) نتائج الجراحة بنتائج العلاج بالاشعة بعد أن عمل تحليل (٨٠١) حالة سرطان ثدى عالج بعضها بالأشعة فقط و بعضها بالاشعة بعد العملية و بعضها بالاشعة قبل و بعد العملية . وقارن هذه النتائج بنتائج كبار الجراحين مثل كونج الالمانى وسايس هاندلي الانجليزى وغيرهم .

واستخلص أن العلاج بالاشعة وحدها للحالات الحديثة العهد بالمرض يعطى نتائج طيبة مثل العلاج بالجراحة ووجد النسبة فيها ٨٦ ./. كانوا أحياء بعد ثلاث سنوات و ٦٨ ./. أحياء بعد خمس سنوات من العلاج بالاشعة . وعولجت هذه الحالات بالأشعة فقط لأنها رفضت العملية أو لوجود موانع ضد العملية ، ووجد أن نتيجة العلاج بالجراحة فقط (مأخوذ من تقارير المستشفيات فى أنحاء كثيرة من العالم) و ٤٦ ./. من الحالات الصالحة للعملية كانوا أحياء بعد خمس سنوات من العملية — بينما الحالات التى كان فيها تورم فى الغدد كانت نسبة الاحياء بعد العملية بخمس سنوات تتراوح بين ٤ و ٣٩ ./. — بينما الجمع بين العلاج بالاشعة والجراحة فى حالات فاهلر كانت النسبة ٦٨ ./. احياء بعد خمس سنوات فى الاحوال التى لم يكن فيها تورم فى الغدد و ٤٦ ./. احياء بعد خمس سنوات فى الاحوال التى كان فيها تورم فى الغدد أى أن الجمع بين الجراحة والأشعة فى الحالات التى فيها تورم فى الغدد خير من الاكتفاء بالجراحة كثيراً

ولذلك يرى فاهلر انه في الحالات الصالحة للعملية والتى يعمل لها الجراحون عمليات يجب اعطاءها علاجاً بالاشعة عقب العملية باسبوعين الى أربعة أسابيع ويعتقد ان ذلك يطيل فى أجل المريض

وأما من جهة رأى الجراحين اذا كانت الحالة صالحة للعملية أم لا . فأن جميع

العيادات الجراحية تقريباً تكاد تجمع على أنه اذا كان الورم متحركا محصوراً فى الثدى (Movable and Confined to breast) فان الحالة تكون صالحة للعملية وبعض العيادات الجراحية ترى بأنه اذا امتد السرطان الى غدد الابط فان الحالة تكون لاتزال صالحة للعملية . ولكن يكاد لا توجد عيادة جراحية واحدة تعتبر ان المريض الذى به اصابة الغدد التى فوق الترقوة صالح للعملية

وسيظهر الزمن أنه كلما تعاون الاطباء كل فى دائرة اختصاصه وتساندوا لمصلحة المرضى ولدرأ الامراض ومحاربتها كلما خفت وطأة الآلام على بنى الانسان

محاضرة

لحضرة الدكتور احمد قدرى افندى

بصحة البلدية

(الجديد فى الامراض الزهرية فى سنة ١٩٢٥)

لم يحدث تقدم ثابت يذكر خلال سنة خمس وعشرين وتسعمائة وألف فيما يختص بطرق تشخيص داء الافرنج [١] ولا يخفى أن أهم هذه الوسائل هو تفاعل (واسرمان) لاسيما وأن هذا التفاعل قد يكون سلبياً فى بعض حالات اندفاعات الدور الثانى ويبقى كذلك مدة المعالجة و بعد زوال تلك الاعراض .

كما أن المعالجة الواقية التى أخذت تنتشر لاتقاء هذا الداء وهى الاسراع بحقن المصاب بالقرحة الزهرية بستة غرامات (نيوسالفارسان) فى مدة لاتقل عن ستة أسابيع ويحقن فى كل فاصلة [٢] تتخلل ما بين حقنتى (النيوسالفارسان) (بالبزموت) والزئبق مناوبة على أن يكون تفاعل (واسرمان) قبل العلاج وفى

---

(١) السفلس (٢) فترة

مدته وبعده سلبياً . وأرى أن تعاد هذه المعالجة نفسها مرة ثانية بعد أن يستريح المريض شهراً واحداً — كل ذلك جعل لزوم الاسراع فى معالجة الزهرى أمراً واجباً

لـكن (برنارد) و (رويل) يقولان بلزوم الاهتمام بعمل المناعة الذاتيـة (Immunisation personnelle) فى مبدأ داء الافرنج ويقيمان الدليل على ذلك باحصاء يظهر منه أن النتائج التى بلغاها فى معالجة المرضى بعد ظهور الطفح خير من المعـالجة قبل ظهوره على أن يكون تفاعل (واسرمان) ايجابياً فى الحالتين ، فاذا ثبت ذلك يصبح تأخير المعالجة الى ما بعد ظهور الطفح فى الحالات التى يكون بها تفاعل (واسرمان) ايجابياً أحسن من البدء بالمعالجة فوراً

وهـكذا فان (جوجرو) و (پيير) قد جربا تأثير الـ(hemostyl) في تزييد قوة التفاعل داخل الاديم (Intradermoreaction) لأنه يزيد فى الاجسام القاتلة (للتريبانوما) ولقد وصلا الى غاية حسـنة فى معالجة تقرح صمغى قديم اذ كان الالتئام سريعاً ، وهما مازالا يواصلان تجاربهما وراء الوصول الى صيرورة تفاعل (واسرمان) سلبيا على هذه الطريقة المار ذكرها ، و (جوجرو) يقول : انه أتيح له شفاء مصاب بالقرحة الافرنجية والطفح — كان لم ينجع فيه الزرنيخ و (البزموت) والزئبق = بحقنه بخمسة سنتيمترات مكعبة (هيموستيل و بالـ[٣] Autohemotherapie

ولقد قدم كل من (Jauréguy et Lancelotti) الى المجمع الطبى فى باريز نتيجة تجاربهما فى معالجة زهرى الـ ([٤] lama) الذى يريان أنه لافرق بينه وبين الزهرى البشرى = بمصل شاف وادعيا أنه عند معالجة البشر به أعطى نتائج تبعث على الامل .

هذا ولا ريب فى أن معظم الجهد والتحرى الطبى كان مصروفا نحو ترقيـة مركبات البزموت . فلقد قدم (Levaditi) الى المجمع العلمى نتيجة اكتشافه فيما

---

(٣) العلاج الدموى الذاتى (٤) اللامة جمل جنوب أمريكا

يتعلق بمزج أحد الاملاح الزرنيخية بأحد أملاح البزموت فنتج عن ذلك مركب جديد سماه (Arsybismol) وهو يحتوى على ٢ر٤٠ بالمائة من (البزموت) و ٥ر١٤ من الزرنيخ . وأن فائدة هذا المركب فى معالجة الارانب المصابة بالزهرى عظيمة فبعد دفع كمية قليلة منه داخل العضلات اختفت جراثيم المرض فى مدة ثمان وأربعين ساعة وحصل التئام أعراضه فى أربعة أيام أو خمسة ، وزاد فى قوته وجود الزرنيخ مع (البزموت) والزرنيخ يقوى الجسم فيمنع الضعف وفقر الدم الذى يحصل من استعمال (البزموت) .

وكذلك فإنّ (فورنيه وشوارتز Fournier et Schwartz) عمدا الى تجربة العلاج فى الانسان فى ثلاثين حادثة فقد حقنا فى عضلات المريض سنتيمترين مكعبين من مزيج هذا العلاج بالزيت بنسبة ١٠/١٠٠ فكان المريض يتحمل هذه الحقن بسهولة ولم تحدث شيئاً من الألم كما أنه لم يطرأ عرض ما أثناء العلاج الذى كان اثنتى عشرة حقنة فى كل أسبوع حقنتان . وكانت نتيجة هذه المعالجة ذات شأن عظيم فلقد اختفت (التريبانوما) بعد أول حقنة والتأمت العوارض الزهرية سريعاً وأصبح تفاعل (واسرمان) سلبياً بعد دورة العلاج هذه فى أكثر الأحيان .

* * *

قال (Levaditi et Nicolaw) : إن ملح (البزموت) بمقدار معلوم لايقتل اللولبيات [١] الزهرية (تريبانوما) والـ (Spirilles) خارج الجسم إلا اذا أضيف اليه قليل من خلاصة الكبد الغضة أو قطعة منها بدرجة حرارة ٣٧ [٢] و بتلك الاضافة يتكون مركب من مركبات (البزموت) دعياه Bismoxyl كما أن أنسجة أخرى من الأرانب كالرئة والدماغ والكلية والطحال والعضل تعمل العمل نفسه ، ولكن الدم المجرد من (الفيبرين) والكريات الحمراء المغسولة اذا

---

(١) الحلزونات (٢) مئوية

أضيفت الى (البزموت) لاتحوله الى (بزموكسيل) . ان البزموكسيل يتكون من مركبات (البزموت) المنحلة أوغير المنحلة كحمض (البزموت) ومعدن (البزموت) المتجزىء الى أجزاء صغيرة بعد أن يضاف عليها ما ذكر آنفاً . و (البزموكسيل) يطيق درجة من الحرارة تتراوح بين الستين والسبعين لكنه يفقد خواصه القاتلة اذا بلغت الحرارة درجة بين الثمانين والمائة . ويحفظ (بزموكسيل) كبد الحصان أو العجل خواصه فى درجة حرارة المعمل المألوفة مدة مائة وخمسة وعشرين يوماً ولا يترشح من المرشح الخزفى (پورسلين) . وكلما كان مقدار (البزموت) عظيما كان تأثير (البزموكسيل) شديداً ذلك الى حد معين اذا تجاوزه (البزموت) لايكون له تأثير فى زيادة قوة (البزموكسيل) اللهم إلا باضافة مايسمونه (البزموجين Bismogène) وهو قطعة من الكبد على النحو الذى ذكر آنفاً . أما كيفية تأثير (البزموكسيل) على اللولبيات الزهرية (تريپانوما) فالفحص الميكروسكوبى يريك أن الجراثيم تمتصه فتقل حركتها تدريجاً ولا تزال كذلك حتى تتلاشى .

عالج (فورنيه) و (شوارتز) مائة مصاب بالزهرى بهذا الدواء شفى ثلثاهم شفاء حاسماً أما كيفية المعالجة فقد كانت باستعمال أربع وعشرين حقنة (Bismoxyl foie) على مجموعتين وكان مقدار (البزموت) المستعمل لايزيد على ٧٠ ٪ غراماً بعد أن ظل هؤلاء المرضى سنة تحت الملاحظة ، وتفاعل (واسرمان) استمر سلبياً لكن فائدة بعض أنواع هذا الدواء كانت قليلة باختلاف مواده المكونة له وهذا هو النقص البادى فيه ولامرية فى إمكان تلافيه .

أما العوارض التى قد تحدث من استعمال (البزموكسيل) فهى عبارة عن ألم موضعى وارتفاع فى الحرارة وينسب ذلك الى الزلال الحيوانى الذى يحتوى عليه .

ومما يستدعى العناية أن نتائج (نوكليين البزموت المركب Complex bismut Nucleine

الدوائية عظيمة الجدوى فى معالجة الزهرى الاّ أنه لم تمر مدة طويلة على استعماله للوثوق بنتائج المعالجة به

ومن الأمور التى تمت فى المدة الاخيرة معالجة الشلل العام التدريجى بتلقيح المصابين (بالملاريا)[1] هذا الداء لم يكن له دواء معروف ، فلا الزرنيخ ولا الزئبق ولا (البزموت) المستعملة لشفاء الزهرى بناجعة فى الشلل العامّ مع أنه ناتج عن (ميكروب) الزهرى ، وذلك مادفع أئمة علم الأمراض للتنقيب عن وسائل أخرى يكون منها ولو بعض النفع فى معالجة الشلل العامّ . من ذلك أن von Wagner Jauregy تنبه منذ زمن غير قصير الى أن أعراض الشلل تخف وطأتها إذا أصيب المشلول بمرض يصحبه ازدياد فى الحرارة ، وكذلك فان (متوشاك) الذى نشط لتتبع هذا الداء رأى فى الحرب الكبرى أن مائة وخمسة وتسعين ضابطاً أصيبوا بالشلل الجنوبى وكانوا ممن لم تنتبهم أمراض حادة فى الفترة الواقعة بين اصابتهم بالزهرى وبين الشلل ، أما الذين انتابتهم أمراض حادة من المصابين بالزهرى فلم تنته بهم الى الشلل أبداً . وذكر (بدكوفتش) أنه لم ير بين أكثر من الفين وخمسمائة مصاب بالزهرى في الصين حيث (الملاريا) منتشرة مشلولا واحداً فكأنها كانت تقى المصابين من الشلل العام . ولقد باشر (فاغنر) تجاريبه بالمصابين بالشلل العام بأن لقحهم (بالملاريا) فى سنة تسع عشر وتسعمائة والف بعد أن جرب حقنهم (بالتوبركواين) ولقاح (التيفوئيد) والحليب المعقم لكن عدم دوام ارتفاع الحرارة بهذه الوسائط جعله يرجح تلقيحهم (بالملاريا) فثبت أنها أفضل وسيلة لأن ثلثى الملقحين بها تماثلوا للشفاء فى مدة قصيرة ، ولقد عالج أيضاً مائتين واربعة وتسعين مريضاً شفى منهم مائة واثنا عشر وظهر على ثمانية وثمانين تحسن يذكر وكذلك فان تجارب (مارينسكو ودراغانسكو Marinesco et Draganesco) اكدت فائدة هذه الطريقة . ونشر (قلود وفارغوفلا Claude et Faragowla)

---

(١) الوبال . الوبالة — الوبلة — (البرداء)

فى عدد ١٥ أغسطس سنة ٩٢٥ من (الموند مديكال) النتائج الحسنة التى ادركاها فى معالجة الشلل العام بتلقيح المصاب به (بالملاريا) . ذلك كله جعل تلقيح المصابين بالشلل العام (بالملاريا) العلاج المعول عليه الآن . أما كيفية تأثير (الملاريا) فى شفاء الشلل العام فلم تتحقق بعد ولكن الظاهر أن ارتفاع الحرارة هو السبب الاول فى اتلاف اللولبيات الزهرية الكائنة فى خلايا الجهاز العصبى كما أن الاحتقان الذى يحصل بعد التلقيح (بالملاريا) قد يهيىء الانسجة العصبية لامتصاص الادوية المضادة للزهرى التى ليس لها أقل تأثير فى الحالة الطبيعية .

ولما كانت (الملاريا) الثلثة [١] هى أسلم انواع (الملاريا) لأن الكينا تشفيها سريعاً ولا تجعل المريض عرضة لاختلاطات خطرة اصبح استعمالها فى معالجة الشلل حتماً . وسبيل ذلك أن يترك الملقح (بالملاريا) حتى تمر عليه عشرة أدوار منها فيعالج اذ ذاك بالكينا ثم يعالج فوراً (بالنيوسالفارسان) والزئبق ، على أن كثيراً من الاطباء الاميركيين يرون الاكتفاء بتلقيح المشلول (بالملاريا) فقط بدون أن يتبع ذلك استعمال (النيوسالفارسان) أو خلافه وهم يذكرون حوادث من الشلل التدريجى شفى أصحابها بالتلقيح (بالملاريا) المجرد عن معالجة أخرى . والاختلاطات الخطرة قليلة عند المضى فى هذه المعالجة ، وما قد يكون منها لا يخرج عن اليرقان أو تورم الكاحلين وفقر الدم

ومن المكتشفات الحديثة ذات الشأن علاج ذو بال (Thiosalfate de Soude) فانه يحول دون شدة الأعراض الدوائية . (قال هاندى سيمون) فى (No. 3302 The British Medical Journal) أن حقن المصاب بالاعراض الدوائية الزهرية بمحلول (Thiosulfate de Soude) يزيل تلك الاعراض ويخفف من سورتها فيقف سير التهاب الجلد الزرنيخى ويشفيه ويكسر شدة التسمم الزئبقى الحاد والمزمن فاذا أصبح ذلك من الحقائق الراهنة أمكن التغلب على التهاب الفم الزئبقى البزموتى بدون عناء

---

(١) الثلثة — حمى غب

واليك لمحة عن استعماله : تعمل الحقن داخل الوريد من خمسة وأربعين سنتيمتراً الى تسعين من الثيوسلفات بعشرة سنتيمترات مكعبة من الماء ويحقن المريض أربع مرات كل يومين حقنة وهذا الدواء غير سام حتى أن المريض ليتحمل منه غرامين وقد قال (سيمون) : انه شفى أربعة مصابين بالتهاب الفم وبكثرة اللعاب[١] الناتجين عن الزئبق و (البزموت) بعد حقنهم بحقنتين من تيوسلفات السود[٢] ، ونشر أيضاً : أنه تمكن من شفاء مصاب بيرقان زرنيخى بعد أن حقنه بالتيوسلفات الصود عدة مرات . ولقد عالج ماك بريد امرأة متسممة بالسليمانى ومصابة بتبول دموى وأوجاع بطنية بأن أوجرها[٣] «اعطاها من الفم» خمسة عشر غراما (بثيوسلفات) وحقنها داخل الوريد (خمسة وأربعين سانتيغراما) ثلاث مرات فسكن الألم وانعقل الاسهال وبرئت المريضة فى مدة أسبوع وكانت حاملا ولم تسقط .

ومما ينبغى الاشارة اليه أنه اذا انساح الدواء خارج الوريد فى أثناء حقن المريض بـ (٧٥ سانتيغراما) (تيوسلفات) فى المحل نفسه يزول الانتفاخ والألم

« السيلان »

معالجة السيلان لا تخرج عن المعالجة الموضعية واللقاح والمصل ، ولم يطرأ على هذه الوسائل شىء جديد . لكن (جوزن وديو Jausion et Diot) قالا في تقرير رفعاه الى المجمع الطبى فى باريز فى ٢١ يونيو سنة ٩٢٥ انهما جرَّبا استعمال (التريبافلاقين) أو (غوناكرين) (Trypaflacine ou gonacrine) حقناً بالوريد فى معالجة السيلان . فيحقن المريض بخمسة س . م^3 من محلول هذا العلاج بنسبة $\frac{1}{٥٠}$ كل يومين مرة على ان يسحب من دمه عشرة سنتيمترات مكعبة الى الحقنة ليمزج مع العلاج ، وهذا الدواء مفيد فى جميع ادوار المرض ، وخمس عشرة حقنة منه كفيلة بشفاء المصابين حديثاً أما من ازمن مرضه فلا ينجع به

(١) الثعلب (٢) الصودا (٣) الوجر أو الوجور أعطاء الدواء من الفم

دون عشرين حقنة ولا حاجة بعد ذلك لاستعمال علاج موضعى . ولقد عالج الطبيبان المذكوران بهذا العلاج سبعة وستين مريضاً حتى الآن شفى منهم سبعة وثلاثون وتحسن خمسة عشر تحسناً ظاهراً واربعة منهم لم تشف . ومن خواص هذا العلاج أنه اذا حقن المريض به ثلاث حقن أو أربعاً وقف سير مرضه اذا كان لايزال فى مبدئه ، ولكنه لا تأثير له على سير التهاب الخصية . وهذا العلاج قد يسبب يرقاناً كاذباً وخورا فى القوة لكنهما يزولان سريعاً وكذلك فان الجلد يبقى متأثراً من النور فى الايام التالية للحقنة ولكن هذا التأثير يتضاءل اذا عولج بـ (٢٥ر٠) « ريزورسين » .

ولقد جرب (شولتز) و (ريشتر) علاج (الايدروفورمين) بان حقنا المصابين بالسيلان بخمسة سنتيمترات مكعبة منه داخل الوريد بنسبة $\frac{٤٠}{١٠٠}$ مع استعمال المعالجة الموضعية (برمنجنات البوتاس) على أن تعاد الحقنة ست مرات فى كل يومين مرة فيتم الشفاء . ويقول (شولتز) انه عالج بهذه الطريقة ثلاثة وعشرين مصاباً بالسيلان الحادّ فنالوا الشفاء جميعا .

* * *

القرحة اللينة

ان القرحة اللينة وما ينتج عنها من التهاب العقدة المغبنية المتقيحة قد تستمر معالجتها مدة طويلة تستدعى خجل الطبيب ـ لذلك كان لما نشره Nicolle et Durond من ثبوت فائدة معالجتها باللقاح المعروف بـ (لقاح نيقول) وقع حسن ، ويمكن أن يقال الآن إنه أصبح من الواجب معالجة القرحة اللينة باللقاح . وطريقة استعماله أن يحقن المريض فى وريده بنصف سنتيمتر مكعب من اللقاح ثم بسنتيمتر واحد فاثنين فثلاثة في مدة أسبوعين فترتفع الحرارة بعد كل حقنة ثم يشفى المريض . ولقد مدح الاستاذ (Jeanselme) استعمال اللقاح مع مرشح الزرع موضعياً كما أن (Nicolas) يقول بفائدة (Autohémothérapie) وهذه المعالجة يجب أن تصحبها المعالجة الموضعية بمحلول (الارجيرول) بنسبة $\frac{١٠-٢٠}{١٠٠}$ وأشباهه ونظائره

حالة فشل انفتاح العضلة القابضة

للفتحة الفؤادية المعدية

Achalasia of the Cardiac sphincter, known also as Cardiospasm, or Idiopathic dilatation of the Oesophagus.

للدكتور أنيس سلام

بالقصر العيني

ا . م . ح فلاح يبلغ من العمر نحو ٢٨ سنة يشكو من الأعراض الآتية :

منذ أكثر من سنتين بقليل شعر بوقوف الأكل بعد بلعه فى نقطة تحازى الطرف السفلى للقص ويقول أن الأكل والماء لا يصلان الى المعدة بل يشعر بهما يترا كمان داخل الصدر . وامتناع دخول الماء مثل امتناع دخول الأكل الجامد كان عارضاً منذ بداية المرض . وفى بداية المرض كانت نوبات صعوبة البلع متقطعة متناوبة ولكن فى السنة الأخيرة صارت الأعراض مستمرة على الدوام وانتابه فى السنة الأخيرة أيضاً قىء كثير فكان يتقيأ أحياناً بعض الطعام أثناء تناوله وأحياناً بعد الأكل مباشرة وشرح المريض أن هذا النوع من القىء يختلف كثيراً عن ما مارس من قىء حقيقى فيما مضى من صبائه — فقال ان القىء فى هذا المرض لم يكن مصحوباً بأى تجشع أو ألم فى البطن أو كثرة فى افراز اللعاب بل كان يشعر أن الأكل يقفز قفزاً من فمه رغماً عنه .

(٢) وقال أيضاً أنه كان يوفق فى بعض الأحيان الى ادخال شىء فى معدته ببعض الحيل — مثل تناول كوبة من الماء — فكان يشعر حينئذ بسقوط شىء من الأكل سقوطاً غير عادى داخل المعدة — وكانت كوبة الماء فى بعض الأحيان تسبب قيئاً سريعاً .

وازدادت آلامه وعدم راحته بعد الأكل فكان يشعر بضيق فى النفس وألم فى الصدر وكان الألم يتجه الى الرقبة والوجه والحاجب وقمة الرأس .

(١) ولاحظ المريض تراكم الأكل فى الصدر الى مستو عال قبل دخول بعض منه فى المعدة

ومن أهم متاعبه العطش والجوع الشديدين — وقد هزل جسمه كثيراً منذ ابتداء هذا المرض .

ولم يصب المريض بمرض ماقبل حصول هذه الاعراض

ونتيجة الوسرمان كانت سلبية .

وبأشعة أكس كما فى الشكل وجد البلعوم متمدداً جداً ولم يصل شيء من البزموت الى داخل المعدة والمرىء متمدد كله من أسفله عند جزء العضلة القابضة لفتحة الفؤاد Cardiac Sphincter

وعند ادخال اللى المعدى لم يوجد أى انسداد أو صعوبة في إدخاله الى المعدة .

وهذا المرض نادر الحصول جداً . وقد وجد فى حالات قليلة فقط تغيرات باتولوجية تفسر حصوله . وفى حالات كثيرة لم يوجد شيء

ومن أسباب حصوله شلل يصيب العصبين الحائرين both Vagi كما قد يحصل فى بعض حالات شلل الانتفاخ النخاعى أو بعد حمى مثل الدفتريا قد تسبب شللا فى هذين العصبين. ووجد فى أحد الحالات أن العصبين الحائرين كانا مضغوطين فى كتلة من الغدد اللمفاوية الملتهبة داخل الصدر ويعتقد بعض العلماء أنه يوجد فى أغلب هذه الحالات مرض فى ضفيرة الأعصاب plexus of modal tissue الواقعة خارج حائط المرىء والذى تنتهى فيه خيوط الأعصاب المحركة للموجات العضلية . وهذه الضفيرة هى التى تنقل الحركة الديدانية على طول المرىء وهى التى تسبب انفتاح

العضلة القابضة لفتحة الفؤاد فى المعدة لا تنفتح الا رداً لوصول موجة أو حركة ديدانية اليها فاذا لم تحصل هذه الموجة من شلل الاعصاب موجة عضلية حصل المرض — واذا حصل سد فى قيادة الموجة قبل وصولها آخر المرىء لا تنفتح العضلة القابضة أيضاً.

ووجد فى بعض الحالات أن العضلة لا تنفتح نتيجة انعكاس عصبى (nerve reflex) من مرض بالمعدة مثل قرحة مزمنة أو سرطان بالمعدة ولكن هذا نادر جداً .

أما الحالات التى لم يوجد بها أى تغيير پاتولوچى فيظن أنها نتيجة مرض وظيفى وتشبه هذه الحالات مرض Hirschprung's disease الذى يحصل فيه أيضاً تمدد فى القولون

اورام الحجاب المنصف

محاضرة الدكتور محمد ابراهيم

سادتى وزملائى الأفاضل

كلنا نعلم أن أورام الحجاب المنصف [1] نادرة ولكن الصدف سمحت بوجود حالتين من هذا النوع بالمستشفى فى وقت واحد فرأيت من واجبى أن أقوم بعرضهما على حضراتكم لما فيهما من الفائدة العلمية

الحالة الاولى

المريضة نظلة ابراهيم من الفيوم عمرها ٣٠ سنة تقريباً وهى متزوجة أدخلت المستشفى يوم ٢٢ مارس كحالة ورم فى الحجاب المنصف

---

(١) الحيزوم أو المنصف الصدرى

شكوى المريضة

تشكو المريضة من آلام متقطعة بالجهة اليسرى من الصدر خصوصاً تحت الثدى الايسر وهذه الآلام تارة تكون خفيفة لاتتعدى الشعور بضيق فى الصدر وتارة تكون شديدة جداً ولا تبقى قاصرة على الصدر بل تنتشر الى الكتف والذراع الايسر بهيئة نشر فى العظم وتنميل فى سطح الجلد وتشكو من حصول تغيير فى صوتها ومن سعال خفيف مصحوب أحياناً ببصاق دموى وتقول أن عندها أورام صلبة غير مؤلمة بالأبط الايسر والى يمين الثدى الايسر وأنه في حالة مايعم العرق جسمها يبقى النصف الايسر من وجهها وعنقها وصدرها وكذا ذراعها الايسر جافاً وتقول انها شاهدت تورماً بسيطاً بذراعها الايسر وتمدداً فى عروقه السطحية مع تغير فى لونه وأنه أسخن من الآخر وكذا لاحظت تورماً بجفون العين اليسرى وبالثدى الايسر

وتشكو أيضاً من سرعة فى التنفس وخفقان عند عمل مجهود

تاريخ المرض

ابتدأ المرض منذ سنة ونصف تقريباً بشكل تصلب فى الظهر ما بين اللوحين . لم يمكث طويلا ثم أعقبه ظهور ألم متقطع فى نفس الموضع كان بسيطاً فى أول الامر ثم أخذ يشتد مع مرور الزمن و بعد أن كان منحصراً في مساحة ضيقة من الظهر أخذ يمتد للجهة اليسرى من الصدر ثم الى الكتف والذراع الايسر ومنذ أول المرض والمريضة تشكو من سعال ابتدأ خفيفاً ثم اشتد لدرجة لاتطاق وكان دائما مصحوباً بازدياد فى الألم وقد كان جافاً من أوله ثم صار مصحوباً ببلغم أصفر وأحيانا ببصاق دموى وتقول المريضة أنه تحسن أخيراً بعد استعمال بعض الأدوية

ومنذ سنة تقريباً لاحظت المريضة لأول مرة ظهور ورم صغير بالأبط الأيسر أخذ يكبر حتى وصل لحجمه الحالى وبعد ظهوره بنحو أربعة أشهر ظهر ورم آخر فى حجم القمحة الى أيمن الثدى الايسر وهو بطىء النمو أيضاً مثل الأول

ومنذ تسعة شهور تقريبـاً بدأت المريضة تشعر بأنه فى حالة العرق يبقى النصف الأَيسر من الرأس والعنق والصدر وكذا الذراع الأَيسر جافاً وقد بقى صوتها طبيعيا الى ما قبل دخولها المستشفى بثلاثة أشهر اذ تغير فجأة وكانت تنسب ذلك للبرد وتظن أن استعمال الأبخرة والأشياء الساخنة يعيده لحالته الطبيعية ولـكنه بقى مغيراً حتى الآن

وفي نفس الوقت الذى حصل فيه تغير الصوت تقريباً أبتدأت المريضة تلاحظ أن ذراعها الأَيسر منتفخ قليلا وأن عروقه السطحية اوضح من ذى قبل ولونه متغير وكذا لاحظت تورماً بسيطاً بثديها الايسر وبجفون العين اليسرى

ومنذ أول المرض والمريضة تشكو من حين لآخر من اضطرابات فى المعدة مثل قىء وانتفاخ عقب الأكل

الفحص : يلاحظ أن المريضة ضعيفة البنية لونها أغبر وأن كتفها الأيسر منخفض عن الأيمن كما يلاحظ انتفاخ بسيط فى اعلا الجهة اليسرى من الصدر من الأمام وفى أسفل العنق فوق الترقوة اليسرى وأن الثدى الأَيسرمتورم قليلا وكذا الذراع الأيسر و يلاحظ أيضاً تمدد ظاهر فى الأوردة السطحية حول الثدى الايسر وفى أسفل العنق والذراع الأيسر

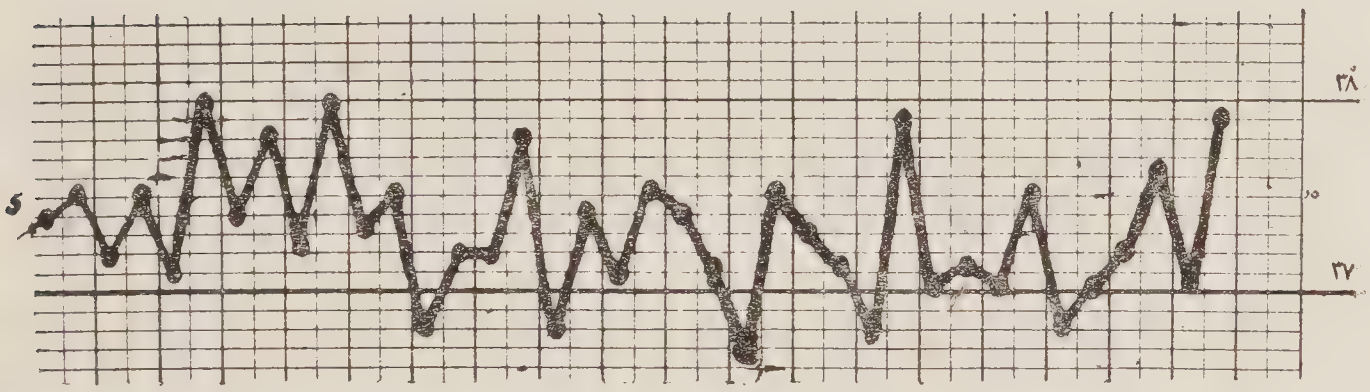
واذا دققنا النظر الى العين اليسرى وجدنا حدقتها أضيق من اليمنى و بطيئة الحركة ويوجد ضمور عظيم فى شقـة الصدر اليسرى غير واضح فى الجزء العلوى لوجود الأورما الا أنه من الخلف نجد الفرق واضحاً بين الجهتين .

وفى حالة ما تسعل المريضة أو تأخذ نفساً عميقاً تتحرك الجهة اليمنى من الصدر بينما الجهة اليسرى تكاد تكون ثابتة

باللمس يلاحظ أن الاهتزاز اللمسى منعدم تماماً فى الجهة اليسرى من الصدر ما عدا مساحة صغيرة فى أعلاه يتزايد فيها الاهتزاز أما فى الجهة اليمنى فهو موجود وأزيد من العادة (Exaggerated) ويلاحظ أن الأورام المشار اليها سابقاً صلبة وغير ملتصقة بالجلد ولا تتألم المريضه من الضغط عليها

والقرع أصم فى الجهة اليسرى من الصدر أما فى الجهة اليمنى فهو أعلا من الطبيعى (Hyper-resonant)

و بالاستماع يلاحظ أن الاصوات التنفسية منعدمة فى أغلب الجهة اليسرى ماعدا مساحات صغيرة فى أعلاها يسمع بها نفخ شعبى (Bronchial breathing) أما فى الجهة اليمنى فموجودة وأزيد من العادة (Exaggerated) ونبض المريضة سريع وضعيف يتراوح بين ١٠٠ و ١٢٠ فى الدقيقة والضغط الدموى متساو فى الجهتين و يبلغ ١١٥ مليمتراً و توجد عند المريضة حمى منخفضة غير منتظمة لم تزد عن ٣٨° طول مدة اقامتها بالمستشفى



الابحاث التى عملت

عن الدم ليس به مايلفت النظر فهو كما يأتى : —

عدد الكريات البيضاء ٩٣٧٥

كثيرة النوى	كانت	٦٥ ٪
الليمفاوية	«	٣٠ ٪
الأيزونوفيليه	«	٣ ٪
الشفافة الكبيرة	«	١ ٪

البصاق سلبي لميكروب السل

تفاعل فون بيركيه سلبى

« واسرمان ايجابى

استقصاء الصدر لم يؤد لنتيجة

أثبت تقرير الدكتور شاهين بك عن حالة الحنجرة وجود شلل انبساطى بالحبل الصوتى الأيسر Lt. Abductor paralysis

تقرير الدكتور أنيس بك عن العينة المرسلة لحضرته

استؤصلت قطعة من الورم الأبطى وأرسلت للفحص الباثولوجى فكانت النتيجة كما يأتى : —

العينة خالية تماماً من الأنسجة الليمفاوية والحالة تشير الى ورم خبيث فالخلايا فى أغلب الجهات متخذة شكل (alveoli)[١] ومنقسمة بسرعة ومتكاثرة ومتداخلة فى الأنسجة العضلية التى تكون أغلب العينة ويظهر أن القطعة المرسلة عبارة عن راسب ثانوى Secondary deposit من ساركوم بالداخل وهاك نص التقرير بالأنجليزية

There is practically no lymphoid tissue; the condition is malignant; the cells are arranged to a great extent in an alveolar fashion with rapid division and multiplication involving and infiltrating muscle tissue which mostly constitutes the specimen sent. It seems that the tissue sent is a secondary module to an alveolar or small round celled sarcoma.

كشف الأشعة أثبت تماماً ضمور الجهة اليسرى من الصدر ووجود ظل شاغل لكل هذه الجهة أعتم قرب الحجاب المنصف والقلب مدفوع للجهة اليمنى والجزء الظهرى من العمود الفقرى منحن الى الجهة اليمنى .

ولكى نتأكد من كلام المريضة بخصوص الظاهرة العرقية غطينا وجهها والجزء الأعلا من جسمها بطبقة خفيفة من مسحوق الفحم الناعم بعد حقنها بالبيلوكاربين فالتصق الفحم بالجهة اليمنى وتطاير بسهولة من الجهة اليسرى التى بقيت جافة .

أظن أن هذا كل ماوجدناه فى هذه الحالة التى ترينا كثيراً من الظواهر المصاحبة للأورام الصدرية (intrathoracic tumours) وقبل أن أترك هذه الحالة

---

(١) عيون

أريد أن الفت نظر حضراتكم لنقطة هامة وهى أن الرئة اليمنى تقوم بمفردها بوظيفة التنفس دون أن يظهر على المريضة أى نقص فى هـذه الوظيفة ولا شك أن ذلك ناشىء من تضخم نكافئى[1] (Comparsatory hypertrophy) بهذه الرئة أى من زيادة حقيقية فى الغرف[2] الهوائية والأنسجة المرنة كما يتضح ذلك من العلامات المشار إليها آنفاً

أما الحالة الثانية فهى حالة أنيورزم بالجزء النازل من القوس الأورطى (Aneursym of Descending part of Arch of Aorta)

المريض محمد على ادريس من الجيزة عمره ٣٠ سنة وصناعته بائع خضار وهو غير متزوج دخل المستشفى يوم ٣،٢٠ كحالة ورم فى الحجاب المنصف

الشكوى : يشكو المريض من ألم شديد فى الظهر ما بين اللوحين وفى الجانب الأيسر من الصدر وهذا الألم يزداد اذا تحرك المريض وفى كثير من الأحيان يعوقه عن المشى مسافات متوسطة ويخف اذا لزم المريض الراحة ويشكو من صعوبة فى البلع إذ يشعر أن الأكل يتوقف فى اعلا الصدر فيسعل و يطرد ما بلعه و يشكو أيضاً من بحة فى الصوت وأرق شديد إذ قد تمر ليالى دون أن يطرق النوم جفنيه و يشكو من ضعف عمومى فى القوى الجسمية ونحول مستمر و يشكو من سعال مصحوب ببلغم بسيط

تاريخ المرض : ابتدأ المرض منذ سنة تقريباً بشكل ألم فى الظهر مقابل الفقرة السادسة الظهرية تقريباً يشبهه المريض بطعنة رمح ولم يكن الألم مستمراً فى بادىء الأمر ثم أخذ يشتد شيئاً فشيئا ويمتد للجهة اليسرى من الصدر واضطر المريض بسببه لملازمة الفراش ومنذ أربعة شهور بدأ يشعر بتغيير تدريجى فى صوته حتى وصل الى ما هو عليه الآن وقبل دخوله المستشفى بشهرين بدأ يشعر بصعوبة بسيطة فى البلع استمرت لحين دخوله المستشفى الا أنه الآن لا يشعر بشىء من ذلك

(١) معوّض (٢) العيون

والسعال ابتدأ منذ ثلاثة شهور فقط وكان مصحوباً ببلغم خفيف يميل لونه للصفرة وقد تحسن هذا أيضاً بعد دخوله المستشفى

الفحص : المريض هزيل الجسم ملاحظته تدل على ما يقاسيه من الاوجاع كثير الحركة فى الفراش كأنه يبحث عن موضع يرتاح فيه من آلامه الشديدة وإذا جلس يلاحظ بروز فى الجهة الأمامية فى الصدر

نتيجة اللمس الاهتزاز اللمسى طبيعى فى جهتى الصدر الا أنه ضعيف فى أعلا الجهة اليسرى الى يسار الجزء العلوى من عظم القص

نتيجة القرع : القرع طبيعى فى الجهتين الا أنه أصم فى بقعة الى يسار الجزء الأعلى من القص وفى مساحة بسيطة من الظهر الى يسار الفقرتين الرابعة والخامسة الظهرية

نتيجة التسمع : الاصوات التنفسية طبيعية الا أنها ضعيفة فى الجهات المشار اليها سابقاً

حرارة المريض طبيعية والنبض الكعبرى ممتلىء بالساعد الأيمن وضعيف جداً بالأيسر والضغط الدموى يختلف كثيراً فى الجهتين ففى الجهة اليمنى الضغط الدموى ١٠٠ وفي الجهة اليسرى ٨٥

الحدقة اليمنى طبيعية واليسري ضيقة و بطيئة الحركة

تقرير الدكتور شاهين بك : أثبت الدكتور شاهين بك وجود شلل تام بالعصب الحنجرى الايسر الراجع (Lt. Recurrent Laryngial Paralysis)

البصاق سلبى للسل

تفاعل واسرمان ايجابى

كشف الأشعة اثبت وجود ورم بيضاوى ومنتظم الحروف شاغل لجزء كبير

من وسط الصدر كما أثبت انضغاط المرىء بهذا الورم ويرجح طبيب الأشعة أن الورم عبارة عن انيورزم فى الأورطى بسبب عدم وجود نبضات به لتصلب حوائطه وتغطيتها بطبقة سميكة من الجلط الدموية

هذا ملخص ماوجدناه فى هذه الحالة

واذا قابلنا بين الحالتين نجد انهما يتفقان فى كثير من الظواهر كما يختلفان فى بعضها وأهم نقط الخلاف هى

(أولا) فى حالة الانيورزم الضغط الدموى ضعيف ومختلف فى الجهتين فى حين أنه فى حالة السركوم طبيعى ومتساو فى الناحيتين

(ثانياً) عدم وجود تمدد فى الاوردة أو أوزيما أو احتقان فى الجلد في حالة أنيورزم الاورطى مع ظهورها تماماً فى الحالة الاخرى

(ثالثاً) الالم فى حالة الانيورزم منحصر في الظهر والجهة اليسرى من الصدر أما فى الحالة الاخرى فممتد للكتف والذراع الايسر

هذا ولو أن تفاعل وازرمان أيجابى فى الحالتين الا أن حالة السركوم نفت بتاتاً هذا المرض ولم تشعر بأى فائدة من العلاج ضد الزهرى

أما الحالة الاخرى فقد تحسنت كثيراً بالراحة وأخذ علاج الزهرى

علاج السل بأملاح الذهب

محاضرة للدكتور احمد العجانى

سادتى وزملائى الأفاضل

نقرأ من آن لآخر فى المجلات الطبية الاجنبية عن الابحاث والنتائج التى وصلوا إليها من استعمال أملاح الذهب فى علاج السل الرئوى

وقد قرأت فى عدد أبريل الماضى من مجلتنا الطبية أن أملاح الذهب الحديثة لم تستعمل للآن فى علاج السل الرئوى بمستشفيات الحكومة ولكنى افاجئكم اليوم بعرض حالتين استعملنا فيهما هذ العلاج بمستشفى القصر العينى

الحالة الاولى : استعمل فيها السنوكريزين (Sanocrysin)

الحالة الثانية : استعمل فيها التريفال (Triphal)

وقبل أن أبدأ بشرح هاتين الحالتين أحدثكم قليلا عن بعض الخواص والنتائج الهامة التى وصلوا إليها فى الخارج فى هذا الموضوع :

حاول كثير من الاطباء فى السنوات الاخيرة استعمال أملاح الذهب فى علاج السل الرئوى وقد كانت النتائج على العموم لاتشجع على الاستمرار فيه الى أن شاع سنة ١٩٢٤ أن الاستاذ هولجار مولجارد (Prof Holgar Mollgard) الطبيب البيطرى الديماركى قد تمكن من الوصول الى علاج السل الرئوى بواسطة مركب من أملاح الذهب سماه سنوكريزين وفعلا كتب هذا الاستاذ كتابا فى هذا الموضوع تناوله العالم الطبى بالبحث والتجربة وللآن لم يتم البت فيه تماما

السنوكريزين (Sanocrysin) هو عبارة عن بلورات بيضاء صلبة تذوب فى الماء يرجع تاريخ الحصول عليها الى سنة ١٨٤٥ بواسطة (Fordos & Gellest)

واسمها الكيماوى ثيو كبريتات الذهب والصودا ومعادلتها هى (٣ ص ٢ كب ٢ ا ٣ . ذ ٢ كب ٢ ا ٣ . ٤ يد ٢ ا)

(Sodium Aurithiosulphate - 3 Na_2 S_2 O_3 Au_2 S_2 O_3 4 H_2 O)

ولا يختلف تركيب السنوكريزين عن ذلك الا فى كيفية التحضير التى توفر من الذهب المستعمل وتخرج المادة أنقى وأصلح للاستعمال ولا تزال هذه الطريقة فى حوزة المكتشف

وقد وجد الاستاذ ملجارد أنه لو وضع محلولا من هذا المركب فى مليون على زرع من باشلس السل فأنه يوقف نموه — وكذلك لو حقن زرع من باشلس السل في حيوان وحقن فى نفس الموضع محلول السنوكريزين لايلاحظ على الحيوان علامات العدوى وذلك مما يدل على أن له تأثير فعال عليه

كانت الصعوبات التى تقف دائما فى سبيل علاج السل بواسطة الاصول القاتلة له هى تعذر وصول هذه الاصول الى مكمن ميكروبه الحصين إذ أنه يتحصن فى غلافه الدهنى داخل الانسجة الدرنية المحاطة بالالياف فلا تتخلله الاوعية الدموية التى قد تحمل اليه السم

أما الآن فقد وجدوا أن السنوكريزين له خاصية الانتشار من الاوعية فى الالياف واختراق الغلاف الدهنى قبل أن يتمكن الجسم من افرازه وإذا حقن حيوان مصاب بالسل الرئوى بمحلول السنوكريزين ظهرت عليه علامات رد فعل تشابه تماما العلامات التى تنتج من حقن الحيوان بالتبركلين بينما هذه العلامات لا تظهر اذا حقن حيوان سليم بهذه المادة — وقد عللوا هذا الرد فعل بأنه نتيجة دخول ميكروب السل وسمومه فى الدورة الدموية بعد تأثير السنوكريزين عليه

و بما أن وجود هذه السموم فى الدم بعد اعطاء حقن السنوكريزين له أثر سىء فقد فكر مولجارد فى استعمال مصل يعادل به هذه السموم وفعلا تمكن من تحضيره من الخيل بواسطة تطعيمها بميكروب السل

على هـذا الاساس استعمل مولجارد السنوكريزين والمصل فى الحيوانات وقد دلت تجاربه على نجاح ظاهر شجع من حوله من الاطباء على محاولة استعمال هـذا العلاج فى الانسان

وقد جربت الدوائر العلمية استعمال هذا العلاج فى انجلترا وامريكا والمانيا الخ واكتفى بسرد نتائج أبحاثهم فى هذا الموضوع

انتقاء الحالات

يظهر أن العلاج يفيد أكثر فى الحالات الارتشاحية (Exudative types) التى تتراوح أصابتها حوالى السنة والتى يقل فيها التليف ولا يكون ارتفاع الحرارة فيها كبيراً جداً

أما الحالات المزمنة التى يكثر فيها التليف فقد وجدوا أن العلاج لا يؤثر فيها كثيرا لان السنوكريزين لا يصل الى موضع الميكروب بسهولة كالحالات الاخرى

وكذلك الحالات التى ترتفع فيها الحرارة كثيراً فان قتل الميكروبات ودخولها هي وسمومها فى الدورة زيادة على مافيها يزيد فى تأخر الحالة ويكون رد الفعل فيها كبيرا وفى مثل هذه الحالات قد يستعمل المصل مع السنوكريزين بنجاح

كيفية اعطاء السنوكريزين

يعطى السنوكريزين بالحقن في الوريد مذاباً فى ١٠ سنتيمترات من الماء المقطر المعقم

أما المقادير التى تعطي للمريض فانهم للآن لم يتفقوا تماماً على مايجب اتباعه فيها فمنهم من يسير على قاعدة « يجب تقدير المقادير لكل حالة بحسب ما يلائمها » ومنهم من يرى وجوب الابتداء بمقادير كبيرة (جرام فى كل ساعة) مع قصر المدة بين الحقنة والاخرى (يومين أو ثلاثة) ويحبذون رأيهم بأنه يجب تركيز الذهب

فى الجسم حتى يزداد فعله على الميكروب . هذا الرأى طبعاً يكون معقولا لولا ما يحدث في ذلك من أعراض التسمم بالذهب وازدياد رد الفعل الى درجة تكون فى بعض الاحيان خطرة — ويظهر أن هذا الرأى آخذ فى الاضمحلال

والرأى الأخير المأخوذ بهأ كثرهو القائل بالابتداء بمقادير صغيرة (من ـ ٢٥ ر٠ الى ٥٠ ر٠) تزاد فى كل مرة الي أن تصل الى جرام وتتراوح المدة بين كل حقنة من أربعة الى ستة أيام

أما عن الاستمرار فى اعطاء السنوكريزين فهناك فريقان . فريق يقول بأنه تجب الاستمرار الى ألا يحدث رد فعل مطلقاً بعد أخذ الحقنة والآخر يكتفى باعطاء ٥ ـ ٦ جرام

ويستعمل المصل فقط فى الحالات التى تصاب بردفعل شديد وفى هذه الاحوال يمكن الاحتياط باعطاء المصل قبل السنوكريزين ومقدار ما يعطى من هـذا ٢٠ س م٣ فى العضل

التأثير الاكلينيكى

يبتدىء يشعر المريض فى الساعة الاولى من حقنه بقلق عام مع ميل للقىء الذى قد يحصل فعلا فى بعض الاحيان ويشعر أيضاً بصداع بسيط

ويظهر بعد ذلك رد الفعل فى مدة تتفاوت بين بضع ساعات الى يوم أو اثنين فترتفع الحرارة وتطول مدتها بعد الحقنتين الابتدائيتين ولـكنها لاتلبث أن تقل وتقصر تدريجاً بعد الحقن الاخرى ـ وقد يكون رد الفعل شديداً فى الحالات الحادة التى يتقدم فيها المرض بسرعة فيعظم ارتفاع الحرارة وقد يظهر على المريض طفح قرمزى أو تتأثر الـكلى ويحتوى البول على زلال واسطوانات ولـكن من حسن الحظ أن هذه العوارض لاتلبث أن تزول بعد انتهاء العلاج

وفى بعض الاحيان يصاب المريض بصدمة شديدة (Shock) تشابه الصدمة

التى تحدث من استعمال التبر كاين فيقاسى منها اضمحلالا[1] فجائياً (Collapse) مع انخفاض فى درجة الحرارة وزيادة وضعف كبير فى النبض وظهور مقادير كبيرة من الزلال فى البول ويمكن اتقاء هـذه الصدمة بانتقاء الحالات واعطاء المقادير الملائمة لها ٠

وقد تظهر على المريض علامات التسمم بالذهب فيشعر بطعم معدنى باستمرار ويتقرح فمه وحلقه أو يحصل له التهاب جلدى (Dermatitis) أو التهاب كلوى (Nephritis) ـ ويجب الاحتياط فى عدم اعطاء المريض مواد قد تكون مع السنوكريزين مركبات ضارة ـ كالبرومور والزرنيخ

رد الفعل الموضعى (Focal Reaction)

يشعر المريض بألم موضعى فى الصدر واحساس بضيق وسرعة فى التنفس وزيادة فى السعال والنفث وتكثر الالغاط (Rales) ولـكن كل هذه الاعراض تبتدىء تنقص بعد الحقن الاولى

الصفة التشريحية :

بالتحليل وجد أن الذهب يكون بعد وفاة المريض فى الاجزاء المتدرنة وكذلك فى الـكلى والـكبد والامعاء

والآن بعد هـذا البيان الموجز أعرض على حضراتكم الحالة الأولى التى عولجت بالسنوكريزين

المريضة إلسى فرج ـــ رومية عمرها ١٧ سنة — غير متزوجة ـــ دخلت المستشفى يوم ٤ / ١١ / ١٩٢٥

كانت المريضة تشكو من ألم السل الرئوى وتدرن فى غدد العنق وقد ابتدأ المرض عندها قبل دخولها المستشفى بستة أشهر ـــ كان السعال عندها مستمراً وقد

---

(١) غشيانا

تقدم البصاق أكثر من مرة — شهيتها للطعام مفقودة ويحصل لها عسر هضم·
عندها حمى الدق Hectic tenp فقدت كثيراً من وزنها

العلامات تدل على تأثر الرئتين

تحليل البصاق ايجابى لباشلس السل

وامتحان الأشعة دل على تأثر الرئة اليسرى كلها والجزء العلوى من الرئة اليمنى أيضاً

ابتدئ العلاج مع هـذه المريضة يوم ٢٥/١١/٩ على نظرية اعطاء المقادير الكبيرة فى فترات صغيرة (جرام كل ثانى يوم) وقد استمرت على ذلك الى أن أخذت أربع حقن ولم يظهر على حرارتها أى تغيير يذكر اللهم إلا نصف درجة بعد الحقنة الأولى — ولكن لوحظ أن حالتها لا تشجع على الاستمرار فى العلاج وقد أعطيت بعد يومين من آخر حقنة مصل ١٥ س م وبعد ذلك هبطت الحرارة ثلاثة أيام فأعطيناها بعد ذلك ثلاث حقن بنفس المقدار ولكن بين كل حقنة اسبوع وقد ارتفعت الحرارة الي أصلها وأخذت حالة المريضة تسوء بسرعة ففقدت من ١١/٢٦ إلى ١٢/١٤ أى فى مدة ١٨ يوماً ٣ر٥ كيلو وانخفض منسوب الهيموجلوبين

أما علامات الرئة فانها لم تدل على تحسين ظاهر وقد قل السعال قليلا وكذلك البصاق ويمكن أن يكون ذلك بسبب الضعف الذى انتاب المريضة

ومكثت المريضة عشرة أيام بعد آخر حقنة وتوفيت

وقد اعتبرت هذه الحالة من النوع المزمن المتليف ولذلك لم تتأثر بالسنوكريزين

الحالة الثانية وكانت تعالج بالتريفال — وقبل ان ابتدىء فى وصف هذه الحالة أذكر لكم كلمتين عن هذا التركيب

التريفال هو مركب عضوى من مركبات الذهب ومعادلته الكيماوية هى (C_6H_3 NH. CS Au. COO $Na+H_2O$ — ك٦ يد٣ . ز يد . ك كب ذ .

ك ا ا ص + ٢ يد ٢ ا) وتأثيره كتأثير السنوكريزين غير أنهم يقولون أنه أقل خطراً منه

المريضه فكتوريا جورجى - تركية - عمرها ٢٠ سنة - غير متزوجة دخلت المستشفى يوم ٢٥/١٢/٨ .

وكانت هذه المريضة تشكو من أعراض السل الرئوى . ابتدأ المرض عندها منذ ١٨ شهراً قبل دخولها المستشفى . وكان السعال عندها مستمراً والنفث كثيراً وقد حصل لها نزيف دموى فى أثناء المرض تشعر بآلام بلوروية من آن لآخر وعندها حرارة مستمرة ترتفع فى المساء حتى تصل فى بعض الأحيان الى ٣٩ . يتصبب عليها العرق فى الليل وقد فقدت كثيراً من وزنها أثناء المرض

وبامتحان الصدر وجدت عندها علامات السل فى الرئتين مع التهاب بللورى مصحوب بارتشاح فى الجهة اليسرى وتكهف فى قمة الرئة اليمنى

البصاق ايجابى لميكروب السل الرئوى. الاشعة دلت على وجود المرض بكثرة فى الرئتين

تحليل الدم سلبى لواسرمان امتحان السائل البللورى دل على وجود كريات لمفاوية . دخلت المريضة فى أول الأمر ومكثت تحت علاج المستشفى الاعتيادى مدة ١٣ يوما وحالتها لم تتحسن مطلقاً ثم أنها صممت على الخروج من المستشفى وفعلا خرجت ولكنها ما لبثت أن أحضرتها عربة الاسعاف وهى فى حالة سيئة - ثم مكثت ثمانية أيام أخرى تحت العلاج العادى فظلت على حالتها الاولى

ابتدىء علاجها يوم ١٢/٣٠ بحقنة سنوكريزين وكان فى النية الاستمرار عليه لولا اننا علمنا أن التريفال له نفس التأثير وأقل خطراً ولم يمض على وفاة الحالة الأولى زمن كبير فاستبدلنا السنوكريزين بالتريفال :

المقادير التى اخذتها : المقدار الأول كان ٠٥ و. يزاد فى كل مرة عن التى قبلها ٠٥ ر. الى أن وصل المقدار الى ٢٥ و. وبعد ذلك استمرت على أخذ هذا

المقدار وقدوصل مجموع ما أخذته من التريفال ٣٠ ر ٢ جرام اخذتها على ١٣ دفعة بين كل حقنة والاخرى أسبوع

ملاحظات : بقيت المريضة بالمستشفى ١٣ يوما ثم ثمانية أيام على علاج المستشفى العادى فلم يطرأ عليها أى تحسن ولم يحصل لها رد فعل يذكر بعد اخذ أى مقدار وقد ابتدأت الحرارة تهبط بعد ٤ مقادير من التريفال ومقدار من السنوكريزين و بعد ذلك صارت منتظمة

النبض كان فى بدء العلاج ١٢٠ ر وفى آخره ٨٠

الوزن فى البداية ٧٢ ر ٥٠ كيلو « ٨٢٠ ر ٥٨

أى أنها زادت ١٠٠ ر ٨ كيلو

« ٦٠ « ٨٥

الاعراض الرئوية

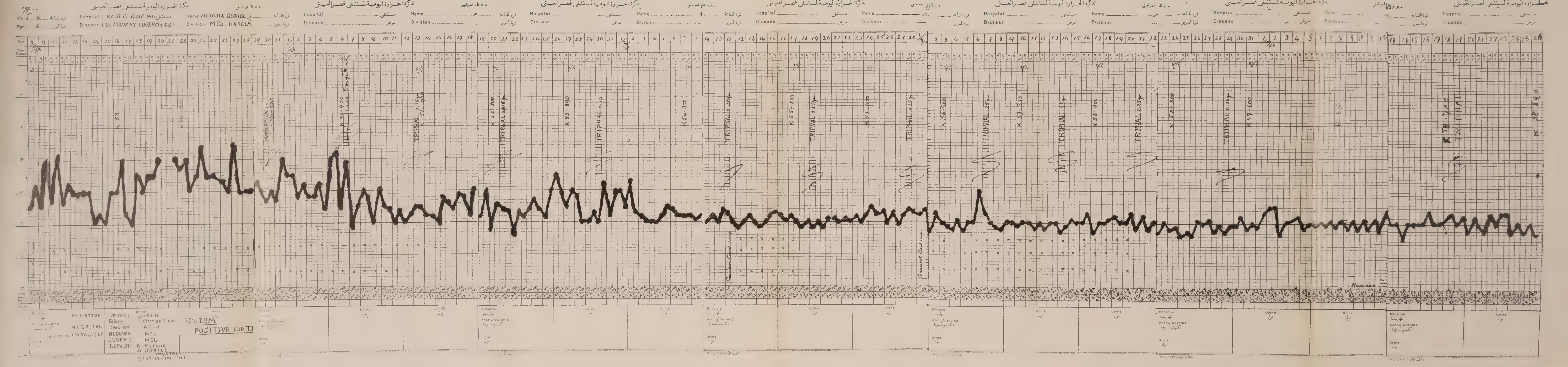
انقطع السعال والنفث تقريباً وأصبحت الالغاط (Rales) غير موجودة الا القليل من اليابس (Dry Rales) وامتص الارتشاح

ودلت الاشعة على تغيير للتحسن فى شكل الرئة أما ميكروبات السل فانها اختفت من البصاق تقريباً

وقد رجع الى المريضة الحيض بعد أن انقطع مدة طويلة وتورد خدها بعد أن كانت شاحبة ودب فى دمها دبيب الحياة وصممت بعد ذلك على الخروج من المستشفى للزواج

وختام القول لقد اصبح من المتفق عليه أن لهـذه الأملاح تأثيراً على مرض السل الرئوى —

ولقد ماتت بسبب اعطائها بعض الحالات كما أن هناك حالات كان قد وضعها الطبيب فى سلة اليأس لمرضها الشديد ولم يفكر مطلقاً فى جواز شفائها فاثرت فيها هذه الأملاح تأثيراً مدهشاً فى أسابيع قليلة ؟



تذكرة الحرارة اليومية لمستشفى قصر العيني
Ward 6
Bed 6
Hospital KASR EL-AINY HOS.
Disease PULMONARY TUBERCULOSIS
Name VICTORIA GEORGE
Division MED. HAREEM
Bilharzia NEGATIVE
Anchylostoma NEGATIVE
NO OTHER PARASITES
Urine
SP. GR.: 1020
Colour: Clear YELLOW
Reaction: ACID
ALBUMEN: NIL
SUGAR: NIL
DEPOSIT: 1) MUCOUS 2) URATES CRYSTALS 3) EPITHELIAL CELLS
SPUTUM POSITIVE FOR T.B.
SANOCRYSIN
TRIPHAL

حالة ضمور أصفر حاد فى الكبد

محاضرة للدكتور احمد العجاتى

سيدى الرئيس سادتى الافاضل

اتقدم الى حضراتكم بوصف (حالة ضمور أصفر حاد فى الكبد Acute Yellow Atrophy of Liver) أو كما يسمونها حديثاً (ضمور حاد فى الكبد Acute Liver Atrophy) وهى من الحالات النادرة التى لم يرد للمستشفى مثلها من عدة سنين

المريض عبد الله ماضى عمره ٢٥ سنة غير متزوج أصله فلاح من المنيا قدم القاهرة من مدة سنتين ونصف ويشتغل بها بحراسة مقبرة

احضرته عربة الاسعاف يوم ٧ ابريل الساعة ٤ صباحاً وأدخل الى المستشفى كحالة « يرقان نزلى — المريض في غيبوبة — الحالة سيئة جداً Catarrhal jaundice ».

أما خلاصة تاريخ المرض فهى :

ابتدأ المريض يشكو فى حوالى منتصف شهر أبريل الماضى من آلام فى المعدة وتعب بعد الاكل وامساك وقد ذهب الى مستشفى الاوقاف فى يوم ٢٧ ابريل ولكن سيده رأى ان يرسله فى اليوم التالى الى طبيب احسن لانه وجد ان لونه أصفر وان حالته تستدعى الاهتمام وقد اخبرهم هذا الطبيب (افرنجى) أن عنده برد في المعدة وكتب له على دواء مجهز لم يتمكنوا من الحصول عليه فى ذلك اليوم .

أما المريض فانه كان طول هذه المدة يؤدى عمله كالمعتاد ولم ينقطع عنه الا فى ليلة رجوعه من عند الطبيب اذ قال لزميل له بالمقبرة إنه لايقوى على العمل هذه الليلة وطلب اليه أن يقوم مقامه

وفى صبيحة اليوم التالى ٢٩ ابريل استيقظ من النوم وطلب من زميله أن يبحث له عن الدواء « وقد كان يغلى لبنا صافيا ٢٤ قيراط » هذه ألفاظ زميله . ولكنه عند رجوعه اليه فى الساعة الخامسة مساء وجده ملقى على الارض كالمجانين يتقلب يميناً وشمالا تارة يركع على رجليه وطوراً يرتكز برأسه على الحائط وكل حركاته غريبة وبدون قصد و بقى على هذا الحال الى الساعة ١١ مساء اذ بطل حراكه وغاب عن الدنيا ثم احضر الى المستشفى بعد ذلك

أما نتيجة الفحص فهى :

كان المريض في غيبوبة — بشرته والملحمة ملونتان باللون الاصفر اليرقانى — نبضه ١٢٠ ومنتظم — تنفسه سريع ٣٢ فى الدقيقة — حرارته كانت عند دخوله ٣٦٫٣° ولكنها ارتفعت الى ٣٨٫٤° بعد بضع ساعات — تقيأ المريض بالمستشفى والحدقتان متسعتان ومتساويتان . ولم تأثرا بالضوء . اسنانه مغطاة بيطقة من Sordes[1] وليس لفمه رائحة خاصة . رئتاه وقلبه لا تستلفت النظر

يوجد بالبطن انتفاخ بسيط مع ضمور واضح فى قسم الكبد أما الطحال والكلى فلم يمكن حسها

الانعكاسات العصبية موجودة

الضغط الدموي الدفعى ١٥٠

الملئى ١١٠

تحليل البول دل على ما يأتى : —

تفاعل : قلوى

وزن نوعى : ١٠١٠

زلال : أثر

صفراء : موجودة

سكر : غير موجود

---

(١) الوسخ

رواسب ميكروسكوبية ليوسين واسطوانات كاوية

(تيروسين غير موجود)

مقدار البولينا[1] فى البول ١٫٥

وقد شخصنا الحالة اكلينيكيا بعد ذلك «ضمور حاد أصفر فى الكبد مرتكز على النقط الآتية :

(١) الهياج المعدى المعوى فى أول المرض

(٢) اليرقان وقد كان شديداً جدا في الآخر

(٣) حصول العوارض العصبية بشدة وفجأة بعد ذلك

(٤) الضمور الظاهر فى قسم الكبد

(٥) وجود تيروسين فى البول

(٦) نقص مقدار البولينا فى البول

(٧) قصر المدة التى مات فيها المريض بعد حصول العوارض العصبية وقد مكث المريض بعد ذلك ٣٢ ساعة بالمستشفى وتوفى

الصفة التشريحية

الكبد : ضامر الى مايقرب من النصف وزنه ٩٥٠جراماً سطحه متجعد قليلا . لونه متغير على سطحه بقع مخضرة وأخرى محمرة وعند قطعه وجدنا السطح مصبوغا جداً بالصفراء وكما ترون حضراتكم يوجد به بقع حمراء قوامها رخو أما الاجزاء الصفراء فان قوامها أصلب .

المعدة والاثنى عشرى : الغشاء المخاطى لهما ملتهب

الطحال : ليس به تغيير ظاهر

الكلى : ملونة بالصفار

---

(١) البوريا

القلب : يوجد على سطحه أنزفة صغيرة تحت التامور

الفحص الميكروسكوبى : استاذ علم البتالوجيا

إنى أشكر الدكتور أفرل على تحضيره قطاعات من الكبد وقد كتب لى تقريراً مطولا عنها قرر فيه أن هذا الكبد متأثر بضمور أصفر حاد والتقرير كما يأتى :

من الفحص الميكروسكوبى للقطاعات المحضرة من الكبد يمكن وصف التغيرات المرضية الموجودة بأنها هى التى تصحب حالات الضمور الأصفر الحاد

في الجزء المتوسط من فصيصات[1] الكبد Central parts of the lobules ضمور شديد يدل على موت خلايا الكبد وتلاشيها هذا مع احتقان شديد فى هذه الاجزاء وذلك ما يصفه بعض الكتب بالضمور الاحمر.

والقطاع المصبوغ (بسودان٣) يُظْهر بوضوح الاضمحلالات[2] الحادثة فى الخلايا الباقية فى أطراف الفصيصات

أما التغيرات الدهنية فليست هى الصفة الغالبة فى القطاع بل إن الذى يلفت النظر هو اختفاء الخلايا فى وسط الفصيص

نعم أنه يوجد قليل من التليف فى الكبد غير أن ذلك كثير الحصول فى المصريين بسبب البلهارسيا أو أسباب لم تعلم بعد

ومن المعقول أن نقول أن التليف الموجود قد ساعد على زيادة التغيرات التى احدثها الضمور الاصفر الحاد

كما وانى اشكر الاستاذ الدكتور انيس بك أنسى لانه فحص القطاع ويدل تقريره لذلك على وجود هذا التغير

عرض القطاع على الحاضرين

وبذلك اكدت الصفة التشريحية الحالة الاكلينيكية وختاما تفضلوا بقبول عظيم شكرى والسلام م؟

---

(١) فلفات (٢) الفساد

محضر الجلسة السادسة والستون

اجتمعت الجمعية في الساعة الثامنة ونصف من مساء الاربعاء ٢٤ مارس سنة ١٩٢٦ بقاعة المحاضرات بمدرسة الطب الملكية بحضور نخبة كبيرة جداً من حضرات الاعضاء والطلبة وبعد تناول الشاى والحلوى افتتح الجلسة حضرة الدكتور عبد الحليم محفوظ بك مرحبا بجناب الدكتور سميدت الاستاذ بجامعة براغ وداعيا الدكتور محمد خليل عبد الخالق لالقاء كلمته عن علاج الانكلستوما فابتدأ حضرته بشرح الفوارق بين العدوى هنا وبينها فى أمريكا وطرق مكافحة المرض هنا وهناك وقد دارت مناقشة حول هاتين النقطتين أثارها حضرة الدكتور عبد العزيز حلمي حيث سأل عن سبب قلة تأثير المرض فى أمريكا مع وجود دودته بمقادير أكثر بكثير منها بمصر فاجابه حضرة المحاضر بان تأثير المرض هنا أسوأ من أمريكا وقد يرجع ذلك لنقص تغذية الاهالى أما قلة الديدان هنا فراجع لعوامل كثيرة أهمها حموضة البراز

وبعد ذلك عرض الفلم بنموذجيه بامريكا وهنا وقد حاز استحسان الجميع وإعجابهم وبعد الانتهاء شكر حضرة صاحب العزة رئيس الجمعية المحاضر على عنايته ثم قدم للحضور جناب البروفيسر سميدت لالقاء محاضرته عن السل الرئوى والجراحى وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون وقابلوا المحاضرة بالتصفيق ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة العاشرة مساء

مساء ٢٤ مارس سنة ١٩٢٦ السكرتير

محضر الجلسة السابعة والستون

اجتمعت الجمعية فى الساعة الثامنة ونصف من مساء الاربعاء ٧ ابريل سنة ١٩٢٦ بقاعة المحاضرات بمدرسة الطب الملكية بحضور نخبة كبيرة من حضرات الأطباء والطلبة وبعد تناول الشاي والحلوى افتتح صاحب العزة الدكتور على بك ابراهيم الجلسة بنعى المرحوم الدكتور عبد الحميد فهمى عامر بك الطبيب الشرعى واقترح ايقاف الجلسة خمسة دقائق حدادا عليه بعد أن أبنه بكلمات طيبات ثم دعا عزته حضرة الدكتور نجيب محفوظ بك لالقاء محاضرته عن (أورام الرحم الخبيثة) بعد أن امتدح كثيرا مقدرة حضرته الفائقة فى اجراء عملية ڤيرتيم وقد استنفدت المحاضرة ساعة بتمامها تخللها عرض مجموعة عينات باثولوجية وصور بالفانوس السحرى عن قطاعات بالقوة الميكروسكوبية الصغرى والكبرى مما استحق الاعجاب والاكبار وبعد الانتهاء قام حضرة الدكتور أحمد شفيق بك وبعد أن أثنى على حضرة المحاضر وامتدح عنايته سأله عن تعداد حالات السركوما وقد قال حضرته انه مما يلفت النظر فى أسباب السرطان كون هذه النقطة ايجابية فى أوروبا وسلبية هنا فبينما هى منتشرة هناك نجدها عندنا قليلة والنسبة ١ ــ ٥٠ وقد صادف حضرته فى الفترة القصيرة التى اشتغل فيها بامراض النساء أربع حالات ساركوم احداها كانت من الغرابة بمكانة

والثانية للدكتور سعيد بك عرضت عليه وعمل لها العملية بيد أنها عادت

والثالثة بقصر العينى ورم متنكرز وساركوم وحضرته يرى ضرورة فحص ورم ميكروسكوبيا حتى يمكن الوصول الى قرارات صحيحة أما العلاج باشعة رتنجن فلا ينصح به هنا نظرا لعدم وجود من فى خبرته الكفاية حيث يجب أن

يكون المباشر جراحا ماهرا وحيث كان الأمر كذلك فنتائجها فى أوروبا كالعملية ويرى كذلك فى الراد يوم

وبعد ذلك قام حضرة رئيس الجلسة وأعلن خالص شكره وثنائه على عناية ودقةحضرة المحاضر والدكتور أنيس بك أنس الذى قام بفحص وتجهيز العينات الميكروسكوبية وقال انه بلا شك ان هذه المحاضرة تعـد أحسن المحاضرات التى تستحق المكافأة

وقد أضاف حضرته فى ملاحظة أنه شاهد حالتين نجح فيها العلاج نجاحا تاما بفضل اختيار أحسن وقت لعمل العملية وبعلاج الجوكترى

والجوكترى هو نبات يوجد فى أمريكا الجنوبية كان يستعمل من علاج الرمد الحبيبى بوضع نقطه تحدث التهاباً ينتهى بتقرح وقد استعمل طبيب ايطالى الدواء فى حالة سرطانية فى الجفن ثم جهزت منه بعد ذلك اقراص احتكرها طبيب ايطالى توفى وقد رأى حضرته ثلاث حالات تأكد بفحصها الميكروسكوبى أنها سرطانية

أما العلاج فيشترط معه أن يكون السرطان متقرحا حيث يؤتى بالاقراص وترشق على السطح وترفع فى ثانى يوم وهكذا وتأثيرها فى هذه الحالة ليس موضعيا ولكن يحدث هناك ضمور فى الجزء الصلب من الورم ينتهى بالشفاء غير أنه يلاحظ الآن أن هذا العقار قد حذف من الآداب الطبية

أما الأحوال التى تعالج بالراديوم فيحدث فيها تأثير أبتـدائى جيد غير أنه ينقلب سيئا وينتهى بنكسه وكبر حجم الورم بشكل مدهش بعد ثانى مرة للتعرض

ثم رفعت الجلسة حيث كانت الساعة العاشرة مساء م

٧ ابريل سنة ١٩٢٦ — السكرتير

الجلسة التاسعة والستون

اجتمعت الجمعية فى الساعة الثامنة ونصف من مساء ٥ مايو سنة١٩٢٦ بقاعة المحاضرات بمدرسة الطب بقصر العينى وبعد تناول الشاى والحلوى أعلن حضرة الدكتور محمود ماهر بك افتتاح الجلسة ودعا الدكتور محمد ابراهيم لعرض حالة ورم خبيث بالرئة وقد عرض معها صورة بالاشعة

وبعد ذلك عرض الفصـل الاول من الفلم الخاص بالملاريا صنع لجنة مبرة المستر روكفلر وبعد الانتهاء منه عرض الدكتور محمد ابراهيم كذلك حالة انيورزم وصوره بالاشعة وقد لاحظ الدكتور نصر فريد على حضرته ضرورة فحص باطن عين المريض

ثم قام الدكتور أحمد العجاتى والقى كلمة على حالة سل رئوى عولجت باملاح الذهب والتبيسين وعرض معها جدول بالحرارة

ثم عرض الفصل الثانى من فلم الملاريا وبعد الانتهاء رفعت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة ونصف مساء م

٥ مايو سنة ١٩٢٦ السكرتير

الجلسة السبعون

اجتمعت الجمعية في الساعة الثامنة من مساء ١٩ مايو سنة ١٩٢٥ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى برياسة حضرة الدكتور أحمد سعيد بك وبعد تناول المرطبات والحلوى افتتح حضرته الجلسة وأعلن اعتذار الدكتور العجاتى عن عدم استطاعته عرض الحالات التى سبق أن وعد بعرضها ثم دعا حضرة الدكتوراحمد ضيف لالقاء محاضرته عن (الأسباب الداعية لاستئصال اللوزتين)

وبعد الانتهاء منها قابلها الحاضرون بالتصفيق ورفعت الجلسة حيث كانت الساعه التاسعة مساء م؟

١٩ مايو سنة ١٩٢٦ السكرتير

الجلسة الحادية والسبعون

اجتمعت الجمعية فى الساعة الثامنة من مساء ٢ يونيو سنة ١٩٢٦ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى بحضور نخبة كبيرة من حضرات الاطباء والطلبة وبعد تناول المرطبات والحلوى أعلن الدكتو احمد سعيد بك افتتاح الجلسة ثم دعا الدكتور احمد العجاتى للكلام عن حالة ضمور أصفر حاد بالكبد وبعد الانتهاء منها شكره الرئيس والحاضرون ثم دعى حضرة الدكتور محمود بيومى لالقاء محاضرته عن (الوقاية والعلاج فى أحوال قصر الرجل فى مرض تدرن المفصل) بالانجليزية تخللها عرض بعض أدوات وأجهزة وقد نالت المحاضرة استحسان الجميع واعجابهم

ورفعت الجلسة حيث كانت التاسعة ونصف مساء م؟

٢ يونيو سنة ١٩٢٦ السكرتير

المعالجة باللوبوثيرابي

كل طبيب يصف للمريض تناول المواد الحيوانية يتحقق الاهمية العظمي لاعطائه انقي المستحضرات التى يمكن استحصالها واكثرها فاعلية

المارکة 'تابلويد' المسجلة

المواد الحيوانية

TRADE MARK 'TABLOID' BRAND ANIMAL SUBSTANCES

هذا ال 'تابلويد' يصنع في معمل بروز ولكم وشركاه وهم الحائزون علي قصب السبق في صنع الادوية الاوپوثيرابيكية وهو يحتوي علي المواد الآتية وهي :—

مواد الغدة الطبيعية باجمعها موجودة فى التابلويد.
النسيج الزائد يزال بالقطع والتشريح وليس بالتذويب و التحليل.
تاثيرات المعالجة وفاعليتها بالغدد الجديدة والطرية محفوظة طول مدة عمليات التجفف والضغط.
مقدار المادة الطبيعية الموجودة في كل مستحضر هو مذكور في البطاقة.

ثم انه من اجل اعادة التوازن بين الغدد يجب الحصول علي المستحضرات الاتي بيانها وهي :—

' تابلويد ' الغدد المختلطة نمرة ١ و ٢
,, ديدمين (مواد الخصية)
,, ' ثاريوم (مواد المبيض)
,, الغدة النخامية (هيپوفيز)

ويوجد جدول فى كراسة مطبوعة باللغات الانكليزية والفرنساوية واللالمانية ترسل مجانا الى الاطباء

برّوز ولكم وشركاؤهم فى لندن

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

Ar. 151

INSTITUT PASTEUR de PARIS

معهد باستور بباريس

مصل ومستحضرات للتطعيم

خاصة بالطب البشرى

لا تحتوى على أية مادة مطهرة

الوكيل العمومى — روبير جيرو

باسكندرية بشارع الميناء رقم ٢١ بجوار أوتيل وندسور

تليفون نمرة ١٢ـ١٥ — صندوق البوستة نمرة ١٣٠

البابجلاندين

وهو خلاصة جميع الغدد

ويؤخذ فى شكل حبوب مغطاة بمادة كيراتينيه من اربع الى عشر حبات فى الدفعة الواحدة مرة فى اليوم

وهو مفيد ضد نقص الأفراز الغددى عند

الأطفال والبالغين والعجزة

ويطلب من معامل كونتربيه نمرة ١٨ ميدان هش بباريس

الوكيل العام فيكتور مشيو : صندوق البوستة ١١٥٠ بالاسكندرية

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد الثامن اكتوبر ١٩٢٦ OCTOBRE 1926 السنة التاسعة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م . مصر ٢٤٠٢ ـ ٢٦

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد الثامن | اكتوبر سنة ١٩٢٦ | السنة التاسعة

الصدمة الجراحية

للدكتور محمد شرف

صدمة الجراحة أو صدمة العملية هى احدى الظواهر المرضية التى توجد من وقت لآخر ولا تفيد فيها الوسائل العلاجية المعروفة فتبطل كل عمل جراحى . وهى من أشـد العوامل التى أخرت تقدم الجراحة ولو استطعنا منع ظهورها لاتسع الافق وصار فى الامكان تحقيق كثير من الاوهام الجراحية . ولا ننسى انها كانت ولا تزال عاملا مخيفاً وخطراً حقيقياً فى جراحة الأطفال والشيوخ وجراحة العوارض والحروب فكلما استقصينا أسبابها ودرسنا ماهيتها قل عدد من يذهبون ضحية لها ولذلك كان واجبا على الجراح معرفة هذه العلة التى طالما قصّرت التقدم فى العلاج الجراحى وخيبت كل مجهود، والتسلح بأنجع الوسائل لمعالجتها .

وللصدمة وجوه كثيرة كلما قلّبناها وتفرّسنا فيها . فهي تشمل مسـائل اكلينيكية وفيسيولوجية معقّدة لا يزال كثير منها مجهولا لنا . ويبين لك تعقدّ هذه المسألة من اجمال الاعمال والوسائل التى تجمعت بها معارفنا . وتسهيلا للفهم جعلناها فى قسمين (١) الأول العصر السابق لسنة ١٩١٥ (٢) والثانى العصر التالى لذلك

العصر السابق لسنة ١٩١٥

كانت الآراء المعروفة عن الصدمة تدور فى ذلك الوقت حول نظريات قد اهملت الآن ولكن من المفيد ذكر المهم منها :—

(ا) القول بوهن المركز العصبى محرك الأوعية وكلاله : وهذا الرأى مقرون باسمى Mummery, Crile ومضمونه أن الأغراء الحسية تسبب ازديادا فى ضغط الدم لأنها تهيج الأعصاب المحركة للأوعية (Pressor Nerves) . واستمرار هذه الأغراء ينتهى بكلال الجهاز المحرك للأوعية وتمدد الأوعية الدائرية الطرفانية وانخفاض الضغط الدموى . أما فى الجهات التى ليس لها الا أعصاب موردة خافضة (Depressor affarent nerves) كالخصية فتفضى هذه الاغراء الى صدمة شديدة . وقد انهدم هذا الرأى بنقدين — (١) انقباض الاوعية أثناء الصدمة (Malkolm, Seelig, Lyon) (٢) اثبات عدم كلال المركز العصبى محرك الاوعية بالتجارب حتى فى أشد الصدمات الكاملة (Seelig, Lyon, Porter, Quinley)

(ب) القول بنقصان حامض الكربونيك من الدم : وهو نظرية الاكابنيه وصاحبها الاستاذ (Yendell Henderson) : لكمية حامض الكربونيك فى الدم شأن عظيم وقوة فى تدبير نظام التنفس .فزيادته تنبهه وقلته تحدث تنفسات عميقة يعقبها توقف . وسميت هذه الحالة أبنيا (Apnoea) ويقول هذا الاستاذ ان التنفس العميق والسريع الحادث من منبهات مؤلمة ينقص كمية ال (ك ا ٢) فتوجد الاكابنيه وهى السبب الاصلى للصدمة . يعقب ذلك انخفاض ضغط الدم فى الأوردة وتجمعه فى الفجوات الوريدية وافقار أذين القلب الايمن . ونتيجة كل ذلك هبوط ضغط الدم.واثباتاً لقوله استشهد بتجارب الاستاذين (Sherrington, Copemann) التى ربما تدل على أن نقصان ال (ك ا ٢) تسبب ميلاً لارتشاح سائل الدم الى الانسجة وبقاء الدم مركزاً

وإليك اجمالا لتابع الحوادث بحسب هذا الرأى : ــ سرعة التنفس ثم أكاپنيه (Acapnea) فكلال الاعصاب محركة الاوعية فنقصان فى ضغط الدم يعقبه تركيز الدم أو قلته (Oligaemia) وقد يكون من المهم لدى جراح البطن تذكيره بالكيفية التى بيّن بها هندرسون زعمه هذا . إذ ادعى أنه عند فتح البطن وتعريض المصارين ينقص مقدار ال (ك ا ٢) كثيراً لخروجه من سطح الأمعاء وقد قدره بكونه أكثر مما يفتقد من طريق الجلد بأربعين ضعفاً . وقد اتضح له ذلك بتمدد الأوعية وضعف العضلات والأپنيا التى تفضى فى النهاية الى ظهور أعراض الصدمة الجراحية . وقد وضع هندرسون مستنداً على هذا الرأى نظاماً لعلاج الصدمة يشمل التنفس ببطء من انبوبة طويلة بحيث يعيد المريض تنفس الهواء الذى زُفر وشُبّع بثانى أوكسيد الكربون وصبّ محلول ملحى مشبع بأوكسيد الكربون فى البطن واعراق محلول ملحى مشبع بأوكسيد الكربون فى الوريد وجعل المريض يتنفس فى كيس مملوء بالهواء والأوكسيجين . ومع أن هذين الرأيين حازا قبولا عظيما فى الطب فأننا لا نرى بأسا من الاشارة الى آراء أخرى .

(ﺣ) قول بواز (Boise) يعتبر انخفاض ضغط الدم ثانوياً تاليا لحالة القلب . ويزعم ان للقلب ميلا للفلس اثناء الانقباض ولكن الادلة كثيرة على ان القلب ليس مكان العيب فى الصدمة الجراحية

(٤) قول ملتزر (Meltzer) وأساسه اعتبار الأغراء الناشئة من الاصابة سبباً فى وقف عمل الحبل الشوكى . وقد تقف مراكز الانتفاخ النخاعى عن العمل فى الاصابات الشديدة . ويرجع أصل هذا الرأى الى بيان ظاهرة إكلينيكية هى وقوف الحركة الديدانية للامعاء اذا فتحت البطن أو شرّح جزء كبير من الجلد . غير أن هذا الرأى لم يؤيد بعد بتجارب تثبت صحة هذه الظاهرة وارجاعها الى عمل مانع منعكس

ومن الاقوال التى شاعت زعم Kinnamann أن لاضطراب الوظائف المولدة

للحرارة شأن أولى . وقول Jabouly بتولد نوع من الهيموجلوبين لا يُرْجَع . وقول بعضهم بأن فقد النسيج المخضب (Chromaffin) من الكظرين هو سبب الصدمة وقال آخرون أن نقص الدم (Oligemia) هو السبب الأصلى . ووصف Bissil الصدمة الشديدة فى احوال الانسداد الرئوى بالشحم وقال ان هذا السبب يوجد أيضا فى الصدمة

هذا هو اجمال للأقوال التى عرفت عن الصدمة حتى سنة ١٩٢٥

بعد سنة ١٩١٥

جاءت الخطوة الثانية لمعرفة الصدمة أثناء الحرب الاوروبية العظمى . اذ ظهرت اعراض خطرة تحولت اليها الانظار من كل جهة وهالت الأمم التقارير الواردة من جميع مراكز الحرب تشير دائما الى شدة فتك الصدمة بالجرحى وكثرة الوفيات بها . وفى أول سنة ١٩١٦ أخذت الهيئات الطبية تنظم سعيها للبحث والتنقيب عن سر هذه المسألة وأخذت لجنة الابحاث الطبية فى انجلترا على عاتقها أداء هذا الواجب فكان لها ولمن اتصلوا بها فضل التوفق لحلها وهدايتنا الى أحسن الوسائل لمعالجتها.

وقبل ادراك التغيرات المختلفة التى لها شأن فى هذه العلة المعقدة لابد من تعريف الصدمة وليس هذا بالامر الهين اذا أريد أن يكون التعريف جامعاً شاملا

التعريف

الصدمة هى هبوط الوظائف الحيوية فى الجسم بسبب اصابة الانسجة وتتميز بنقص مستمر فى ضغط الدم .

الصورة الاكلينيكية : تختلف الاعراض الناشئة عن الصدمة الجراحية بحسب شدتها فاذا كانت الصدمة كاملة صار المريض فى حالة هبوط واخفاق أو تلل . ماذلا جامد النفس عديم المبالاة لا يتأثر . ويصعب ايقاظه من فتوره أو مذاله . فاذا استيقظ أجاب ببيان ومعرفة ولكن بضعف شديد ومن المظاهر المؤثرة نقص ادراكه للألم.

نجده مستلقياً وقد اصفر وجهه واختلج وغارت عيونه واندرجت فى محاجرها وتقوَّبت خدوده حتى صارت جوفاء . واسمرت شفتاه وأذناه وصارت غبساء أو صفراء وقد تجمع العرق على وجهه فى شكل قطرات . جلده عَرِق أو رَطب وبارد . لونه أرمد أو أغبس . والعضلات تبدى هبوطاً بما تظهره من الضنى والفتور فى حركاتها . والنبض سريع خافق وقد لايحس عند المعصم . والتنفس أرْوَح غير منتظم مصحوب بتنهد أو نحيط أو شهيق . ومن العلامات الظاهرة انخفاض حرارة الزفير . أما الفم فيكون جافاً ويشكو المريض من سهفة أو عطش لا يحتمل . تلك هى صورة جميع الاعراض وقد سميت باسم جامع هو الصدمة الجراحية . وهى صورة تبرر التعريف الذى تقدم .

الباتولوجيا الاكلينيكية للصدمة الجراحية

تفسير هذه الاعراض وحدوثها بغتة واجب حقاً . وكان الأستاذ مان Mann أول من أشار بتقسيم أعراض الصدمة الى أربعة أقسام : — (١) الدموية الدورية (٢) التنفسية (٣) المحركة (٤) الحسية . واذا فسرت التغييرات الحادثة فى كل من هذه الاضطرابات المختلفة صار في الامكان الوصول الى رأى صحيح عن العيوب المسببة للصدمة . هذه الطريقة لمعالجة المسألة خير من مجرد السعى وراء اثبات رأى أو نقض آخر .

(١) اضطرابات الدورة الدموية

العيب الاصلى الظاهر فى الدروة الدموية هو هبوط ضغط الدم هبوطاً متزايداً بالتدريج . وجميع الاعراض الاخرى وهى صغر النبض وسرعته واصفرار الجلد وانخفاض حرارته ثانوية تتلو هذا الهبوط

المسألة اذن هى تفسير هبوط الضغط الدموى تدريجاً وايضاح أسبابه .

بقاء ضغط الدم عند حده الطبيعى في حالة الصحة مكفول بثلاثة عوامل (١) قلب ينقبض (٢) دولاب يحرك الاوعية وقوة تنظم خاصية الانقباض فى عضلات جدران الاوعية (٣) كمية الدم . وأى عيب فى أحد هذه الثلاثة يفسر هبوط

ضغط الدم . فلنبحث ان كان ممكناً تعيين موضع العيب أو حصره .

القلب : قال Howell قد يوجد شلل المركز العصبي ضابط القلب في الصدمة ونتيجة ذلك أسراع ضربات القلب يتلوه ضعف في قوته

ولكن تجارب الاستاذ مان (Mann) أثبتت عدم قيام هذا الرأى على أساس صحيح . لانه حتى فى أشد حالات الصدمة ينتج عن تنبيه الطرف المركزى للعصب الحائر المقطوع ابطاء للقلب منعكس

وهناك أيضاً حقيقتان إكلينيكيتان تنفيان وجود أى عيب فى النظام العصبى للقلب هما : —

(١) اذا كانت الصدمة مصحوبة بآفة فى الرأس سببت زيادة فى الضغط داخل الجمجمة فان القلب يبطىء بسبب تنبيه المركز العصبى ضابط القلب ولو كانت الصدمة كاملة وشديدة للغاية

(٢) اذا حقن الادرينالين اثناء صدمة شديدة نجد أن القلب يُسْقِط بعض ضرباته بسبب تنبيه الأدرينالين لمركزه المناع أو الضابط

توجد إذن أدلة كثيرة على عدم وجود عيب فى النظام العصبى المختص بالقلب.

والنبحث بعد ذلك عن امكان وجود عيب فى عضلة القلب يكون مسؤولا عن حدوث الصدمة وفى تجارب الاستاذ مان الجواب الكافى على هذا السؤال أيضاً فقد أورى أنه اذا لم تكن عضلة القلب مريضة كان انقباض العضلة القلبية انقباضاً جيداً مضمونا ما دام القلب ينال الكمية الكافية من الغذاء الدموى . حقيقة ان استمرار هبوط ضغط الدم فى الصدمة الكاملة يسبب حتما ضعف عضلات القلب ولكن فى هذه الحالة يكون التغيير ثانوياً

ولذلك لا يكون انخفاض ضغط الدم راجعا لعيب فى القلب أو أعصابه

(٢) القوة المحركة للأوعية : —

قد يكون ظنا طبيعياً تعليلهم انخفاض الضغط الدموى بحدوث ارتخاء فى عضلات الشريانات . فبنوا على هذا الفرض كثيراً من النظريات المقبولة عن الصدمة . ولكن البينة الآتية من شهادات كثيرين تخالف هذا الزعم وتنقضه . وتدل على عدم وجود أى عيب فى هذه الجهة . لأن المركز العصبى محرك الاوعية يجيب على المنبهات فى الصدمة المكينة الكاملة (Seelig, Joseph, Guthrie). وقد يحدث وقف مؤقت فى وظيفة المركز عند وقع الاصابة ولكن لا يوجد دليل على ظهور ضعف فيه يستمر بسبب عمل منعكس .

وصف Crile تغيرات هستولوجية تدل على ضعف الخليات العصبية وكلاهما فى الجهاز العصبى المركزى وقد يكون للمركز محرك الأوعية نصيب من هذه التغيرات. ولكن الرأى المقبول الآن هو اعتبار هذه التغيرات (انحلال اللون من الخليات) نتيجة لفقر الدم . لا لحُرُض مؤذية واردة للمخ (Mott.) . واذا صح القول بعدم وجود العيب فى مركز تحريك الأوعيـة وجب علينا البحث عن امكان حدوث انخفاض الضغط الدموى من ارتخاء أو شلل فى النسيج العضلى فى الشرايين والأوردة. وخصوصاً فى أوعية الأحشاء (Splanchnic) . وقد انتفى هذا الامكان بمشاهدات وتجارب (Malcolm) وغيره. والواقع ان هذه الأوعية تكون منقبضة فعلا أثناء الصدمة . وجميع الذين أجروا عمليات جراحية على البطن أثناء صـدمة كاملة مجمعون على استنكار امكان حدوث تمدد فى أوعية الأحشـاء . ويقولون بالعكس . وأن الأصفرار الذى تتميز به الصـدمة دليل على انقباض الأوعية لا على تمددها .

إذن البينة التى لدينا تدل على استمرار نشاط مركز تحريك الاوعية وروابطه فى الأدوار الأولى للصـدمة .

(٣) كمية الدم : قد يفسِّر نقص كمية الدم فى الدورة انخفاض الضغط فى الصدمة .

وحيث إن القلب ونظامه العصبى ومركز تحريك الأوعية الموجود فى الانتفاخ النخاعى لاتصاب بأى أذى فالشك واقع حتما على هذا العمل . ودلت الطرق المتقنة الدقيقة التى ابتدعت لتقدير كمية الدم على وجود نقص فى كمية الدم الجارى فى الدورة عند اكتمال الصدمة .

والظاهر أن هذا هو سر انخفاض الضغط الدموى الذى يميز التغيرات الدموية فلنرجع البصر فى بحث هذه المسألة لنفسر نقصان الدم الجارى فى الدورة الدموية .

كان الاستاذ كانون أفصح من بيَّن هذه الحالة اذ قال عند الكلام عن الدم المفقود من الدورة ان المصدوم قد دَمِى فى أوردته أو نفح دمه فى أوعيته .

وفى الجسم جهتان قد يتجمع فيهما الدم بكمية تؤثر فى انخفاض ضغطه : الأحشاء والأوعية الشعرية . وقديماً قالوا بامكان التجمع فى منطقة الاحشاء وان المصدوم ينزف فى أحشائه اثناء الصدمة وكانت اسباب تشريحية ووظيفية جعلت هذا الامكان محتملا . غير ان العلم الحديث ارتدَّ عن هذا القول أمام بينات الجراحين القائلة إن أوعية الاحشاء تكون منقبضة اثناء الصدمة لا متمددة . فلم يبق اذن الا منطقة الأوعية الشعرية يتجمع الدم فيها .

وقد ثبت فى حالة الصدمة أن تعداد كريات الدم الحمراء المأخوذ من الأوعية الشعرية السطحية أكثر من تعداد الأوردة . وكلما تمكنت الصدمة واشتدت كان الفرق بينهما أكثر ظهورا . وفى الصدمة الكاملة قد تصل زيادة التعداد من الأوعية الشعرية عن التعداد من الأوردة الى ٢ مليون كرية فى كل م . م^{٣} وحيث أن التعداد الوريدى طبيعى تقريباً فيستنتج من ذلك ركود الدم فى الأوعية

الشعرية ومن السهل ضبط النتائج الحاصلة من تعداد الكريات بتقدير الهيموجلوبين والهيموكريت .

المعروف عن جهاز الأوعية الشعرية قليل . وينبغى اهمال القول بأنها مجرد شبكة تصل الأوردة بالشرايين . والحقيقة أنها نظام مستقل بذاته يتأثر بعوامل خاصة ويتوافق مع التغيرات المختلفة . واذا علمنا أن عشر اللحم الموجود فى الجسم مركب من أوعية شعرية أدركنا التأثير العظيم الذى لهذا الجهاز فى تقرير الأمراض . وبالاجمال يظهر أن العوامل المؤذية تؤثر فى الاوعية الشعرية بدرجة تنحط معها قوتها الحيوية وتصير هذه المنطقة الواسعة مخزنا يتلقى جزءا من الدم وتمنع جريانه فى الدورة العامة .

وعلى ذلك توجد بينة قوية على ان انخفاض ضغط الدم الشريانى الذى تتميز به الصدمة الجراحية مسبب عن نقص فى كمية الدم الجارى فى الدورة وأن هذا النقص نتيجة لارتداد جزء من الدم عن الدورة العامة وركوده فى الدورة الشعرية

(٢) اضطرابات التنفس

يكون التنفس اثناء الصدمة سطحيا وسريعاً يتخلله تنهد أو نحيط ونوبات خفقان سريعة متقطعة . وقد سبقت الاشارة فى نظرية الاكابنيه الى ادعاء صاحبها هندرسون بأن اضطرابات التنفس عامل أصلى فى احداث الصدمة . لأن زيادة تهوية الرئة تقلل حامض الكربونيك من الدم بدرجة تحدث ما سماه الاكابنيه التى تنتهى بالظواهر الدورية وغيرها الخاصة بالصدمة . واذا كانت هذه الدعوى صحيحة وجب ان يكون مقدار حامض الكربونيك ناقصا فى الجسم فى أول أدوار الصدمة ولكن Janewag, Ewring وغيرهما أثبتوا عدم نقصان كمية هذا الحمض فى الدم .

يجب التسليم إذن بان التغيرات التنفسية ليست أصلية بل ثانوية لعوامل أخرى .

وأول هذه العوامل انخفاض ضغط الدم ثم نقصان قدرته على حمل الاوكسيجين الكافى وقد سبق شرح ذلك .

نقصان الاوكسيجين فى الدم الذى يُميرُ المراكز العصبية يسبب اهتياج الخليات العصبية المختلفة فى هذه المراكز . وينعكس ذلك فى سرعة التنفس فى الصدمة . والعامل الثانى المفسر لاضطرابات التنفس في الصدمة هو نتيجة طبيعية للأول . فبسبب التنفس السطحى غير المجدى والناتج عن قلة الأوكسيجين يزداد حامض الكربونيك في الدم فوق الحد الطبيعى . ويوجد مع ذلك نقص فى قلوية الجسم وكل هذه التغيرات عبارة عن زيادة يونات الايدروجين

وقد أورى Haldane, Priestley شدة حساسة مركز التنفس عند ازدياد يونات الايدروجين فيكون التنفس الحادث من ذلك سريعا وعميقا . ومن المعلوم ان فى الأدوار الأخيرة للصدمة يتبدل التنفس السطحى الخاص بالدور الأول ويحل محله تنفس عميق متقطع يتخلله شهيق أو التهات .

والعامل الثالث الذى يؤثر فى تغيرات النفس عامل فرضى هو مبالغة فى منعكس Herring-Breuer وقد وصفه الاستاذ هالدين بما يأتى : —

«فى التنفس الطبيعى عندما تُمَط الرئتان بفعل عضلات التنفس تتنبه أطراف أعصاب معينة تنبيها من شأنه ايقاف التنفس وابداء التنفيس أو الزفير . وقد يحدث هذا التنبيه المانع مبكّرا فى بعض الاحوال اثناء التنفس فيصير سريعا وسطحياً » والنزف والصدمة الجراحية يؤثران فى هذا المنعكس بهذه الكيفية

يمكن اذن تلخيص تغيرات التنفس هكذا : التنفس الخاص بالصدمة هو تنفس ضَحْل أو رقيق وسريع يصير في الدور الأخير سريعا وعميقا والعوامل التى تسبب ذلك هى انخفاض ضغط الدم فى الشرايين مع ما يصحبه من نقص فى كمية الأوكسيجين الدموى وتغير منعكس Herring - Breuer ـ وفى الأدوار الأخيرة زيادة يونات الايدروجين فى الدم مع تنبيه مباشر لمركز التنفس

(٣) اضطرابات الحركة

ضعف التحرك ضعفاً متزايداً بالتدريج ينتهى بجمود العضلات وفتورها من مميزات الصدمة. وقالوا انه حادث من تكرار أغراء حسية تنقلب فى المخ الى اغراء محركة تؤدى فى الختام لسد الطريق المحرك (Physiological block) وقد كذّب (Sherrington) هذا القول وأبطله بتجارب أورى بها أنه اذا تكررت الأغراء حتى تحدث سدا فى الطرق الموردة للمخ وينعدم بذلك المنعكَس أو يخيب ففى الامكان احداث هذا المنعكس اذا اختير طريق مورِّد آخر مما يثبت ان الجهاز المحرك أقل تأثراً من الجهاز الحسى بالنسبة لتكرار الاغراء .

وتفسير الاضطرابات المحركة موجود أيضاً فى انخفاض الضغط الدموى : أورى (Gruber)أنه اذا نقص الضغط الانقباضى (Syslotic pressure) عن ٩٠ مم[٣] تقل كفاءة العضلات للعمل وينقص غذاء الجهاز العصبى المحرك لنقص الضغط الدموى وتتأثر من جراء ذلك الطرق الموردة والخليات الحسية ومشابكة الجذور (Synapses) والخليات المحركة والطرق المحركة

ليس عجيباً إذا ان يكون المصدوم ضعيف الحركة وعضلاته مصابة بالارتخاء والفتور بسبب ضعف الجهاز المحرك وبطئه فى عمله . والمقصود بهذه الملاحظة العضلات المخططة المحكومة بالارادة أما العضلات الملْساء التى لا تحتكم فيها الارادة كالقناة الهضمية فتضعف أيضاً ويقف عملها ولكن لهذا الايقاف تفسير آخر راجع إلى نشاط الجهاز السمباتوى .

٤) اضطرابات الحس

نقص الحساسة بالتنبيه أحد الأعراض الظاهرة فى الصدمة . وفسر الاستاذ شرنجتون ذلك وأورى ان طريق الاغراء الواردة يُسَدُّ وتحصَر عند المشابكة

(Synapses) بين النيورونات الموردة وجميع النيورونات الواقعة فى الجهاز العصبى المركزى. وعلل هذا الانسداد بزيادة المقاومة الطبيعية عند المشابكة زيادة تمنع الاغراء من المرور. وأثبت الاستاذ(Porter)أن سبب ازدياد المقاومة عند المشابكة راجع لانخفاض الضغط الدموى فكلما انخفض الضغط زادت هذه المقاومة وصار لا بد من غرو اشد لاحداث المنعكس. وهناك تفسير آخر لنقصان الحساسة فى الصدمة : فقد أشرنا فى الكلام عن الاضطرابات المحركة الى تجارب الاستاذ (Sherrington)أورى بهاأن تكرار الأغراء الواردة ينتهى بايجاد سدّ حسّى ناتج من زيادة فى مقاومة المشابكة وذلك بعد طرح انخفاض الضغط جانباً .

البينة تدلنا إذن على أن اضطرابات الحس فى الصدمة نتيجة لزيادة فى مقاومة المشابكة وهذه تتسبب عن زيادة التنبيه والحثّ بواسطة الطرق الموردة وعن استمرار الضغط المنخفض

اسباب انخفاض ضغط الدم

رأينا أن لانخفاض ضغط الدم شأناً كبيراً فى جميع ظواهر الصدمة سواء أكانت دورية أم تنفسية أو حركية أو حسية ولكن ذلك لايفسر لنا جميع الاعراض وما هو الا نقطة الابتداء فى دائرة فاسدة ولذلك كان مهما بحث كل سبب تكون له علاقة بانخفاض الدم . لا نتكلم عن الأسباب المعدّة ولا عن علاقة العمر أو الجنس أو الجنسية أو الهواء أو ارتفاع المكان أو الليل أو النهار أو الموسم أو المهنة بحدوث الصدمة فكلها مشروحة شرحاً جيداً فى كتب الجراحة ونقتصر على ما يأتى : ــ

(١) الاسباب العصبية : لا نعرف شيئاً عن التأثيرات العصبية فى ضغط الدم فى الاشخاص والظروف المختلفة . فنى بعض الناس يكون انخفاض ضغط الدم حالة طبيعية وفى كثير منهم يكون الانخفاض تاليا لبعض الأجهاد أوالكد. فشاهدوا ضغط الدم مثلا فى الجندى المقيم فى الخنادق ١٤٠ مم^{٣} بينما يكون ضغطه أثناء الراحة واقامته فى القشلاق ١٠٠ مم^{٣} (انقباض)

ويصح القول بأن حالة انخفاض الضغط الطبيعية التى تعقب زمن اجهاد هى

فترة خطرة بالنسبة لظهور الصدمة ولهذه المسألة أهمية تطبيقية عظيمة عند البت فى اجراء عمليات جراحية

(٢) تأثير امتصاص المواد السامة من الأنسجة المصابة

بيَّن (Sir Cuthbert Wallace) زيادة التعرض للصدمة عند قطع كتل كبيرة من اللحم وقابل بين درجة الصدمة عقب البتر اللوحى الصدرى بدرجة الصدمة الحاصلة بعد البتر عند الورك فوجدها أشد بعد البتر الاخير لأن كمية العضلات التى تقطع أعظم. وتجارب الحرب الأخيرة تؤيد هذا القول وتثبت صحته. إذ أورتنا كثرة حدوث الصدمة الشديدة فى كسور الفخذ المضاعفة وفي الجروح المتعددة وهذه المشاهدات كانت موضع بحث دقيق عند الأستاذين Cannon, Bayliss. فوجدا أنه فى بحر ساعة من حدوث كسر مضاعف فى فخذ قطٍّ مخدَّر والكسر مصحوب بجرش العضلات القابضة أو المعطفة الفخذية تظهر على الحيوان أعراض وعلامات شبيهة بالتى توجد فى الصدمة الجراحية. يأخذ الضغط الدموى فى الانخفاض ويزداد النبض والتنفس سرعة وتظهر فى الدم علامات التكثف أو التركيز ثم يموت الحيوان فى النهاية. وكانت الخطوة الثانية فى هذه التجربة عزل الفخذ من الجهاز العصبى المركزى ثم احداث الاصابة المذكورة. فجاءت النتيجة والعواقب نفس ما حدث فى الخطوة الأولى. وهذا دليل يقطع بعدم امكان مسئولية الأعراء المؤذية الخارجة (efferent) من الطرف المكسور عن تلك الاعراض

ولما عملت الخطوة الثالثة فى هذه التجربة بمنع دم العضو المصاب من الرجوع الى القلب بحبسه بواسطة جفوت صغيرة لم يحدث عن الأصابة والجرش أى انخفاض فى ضغط الدم. ولكن بمجرد رفع الجفوت ورجوع الدم للجسم أخذ الضغط فى الانخفاض. من ذلك يجب أن نستنتج أن جرش العضلات واتلافها يحدث عنه انطلاق سم نسيجى يجرى فى الدم ويخفض ضغطه ولكن كيف يؤثر هذا السم النسيجى فى احداث الانخفاض ؟

ثبت عند Vincent, Pheen ان لخلاصات العضلات تأثيراً نوعيا يمدد الأوعية

وأورى Dale, Richards ان الهستامين يمدد الأوعية الشعريه .وقلوا بتولد مواد تماثله من اصابة الأنسجة . ونتيجة تمدد الاوعية الشعرية العـام سحب جزء عظيم من دم الدورة الى جانب وركوده فى الأوعية الشعرية وفقد هذا القدر من الدورة العامة يؤثر حتما فى خفض الضغط وانزاله كما يفعل النزف

وعند Quénu, Duval, Mocqut الجراحين الفرنسيين أن سبب الصـدمة الأوّلى هو اتلاف كتلة عظيمة من الانسجة وليس للعدوى الميكروبية شأن فى سبب الصدمة

وان الذى يحدث اعراض الصـدمة هو جرح الانسجة وليس للتأثير العلمى علاقة بذلك وأن المشاهدات الاكلينيكية والنتائج تؤيد القول بان الصدمة مسببة أولا من امتصاص مواد سامة من الجرح أو الجهة التى بها أنسجة

(٣) تأثير البرد : تعرض الجسم للبرد زمنا طويلا له تأثير في تخفيض ضغط الدم لا شك فيه.ويكون التأثير أشد وأوقع اذا كان الضغط قد أخذ فى الانخفاض من قبل بسبب عامل آخر مؤذ ويكون البرد فى هذه الحالة عاملا جديداً فى مضاعفة نزول الضغط . وتبريد سطـح الجسم يؤدى الى تأخر جريان الدم فى الأوعيـة الشعرية السطحية وهـذا يؤدى مباشرة الى نقص ورود الـكمية الـكافية من الدم الى الجهات الأخرى من الجسم وثبت أن انحطاط الحرارة يزيد فى لزوجة الدم أو غرويته وبذلك يزداد سير الدم تأخرا فى الأوعية الشعرية.واجتماع هذه العوامل يؤدى الى انخفاض تدريجى فى الضغط الدموى .

(٤) تأثير افرازات الغـدد الصماء : قالوا فى وقت من الاوقات بأن لوهن الـكظرين شأنا عظيما فى خفض الضغط الدموي وأن هذا هو السبب فى حدوث الصدمة. وزعموا أن العوامل النفسية الشديدة كالروعة تسبب فى الابتداء نقصا في الافراز أو زيادة يعقبها نقص والدليل على ذلك غير قاطع .

(٥) تأثير التخدير : يكون التخدير بمخدر مصحوبا فى الأول بارتفاع فى ضغط الدم يعقبه سريعا انخفاض ويكون الانخفاض تدريجيا فى الابتداء ثم يزداد سرعة بعد استعمال المخدر وقتا معينا .

وهذا الانخفاض قد يكون مبدأ الصدمة التالية للعمليات الجراحية أو هو كذلك بالفعل . و يتجسم هذا الخطر بوجود عوامل أخرى كاصابة الانسجة والبرد والنزف والروعة التى تؤثر تأثيرها فى الوقت ذاته

والكلوروفورم من بين جميع المخدرات أشدها خطرا من هذه الوجهة

(٦) تأثير النزف والعفونة : لا توجد هنا ضرورة لزيادة الشرح والتفصيل فتأثير النزف واضح ويوجد حد لغايته يمكن للجسم معاوضة الضغط أو مكافأته فاذا بلغ الضغط هذا الحد سار الانخفاض سريعا واستمر

جرت العادة بعدم الاهتمام بتأثير التعفن أو التقيح على ضغط الدم ولكن العدوى العامة سواء كانت من سم أو تعفن يصحبها انخفاض فى ضغط الدم والعدوى بالميكروبات الحية بغير هواء (الانيروبية) أشد خطرا

سير الاحوال بعد وجود الانخفاض فى ضغط الدم

مهما كان السبب فى خفض الضغط فان نتيجة هذا التغيير تحرك أعراضا وظواهر تؤدى فى النهاية الى اضطراب فى عمليات التمثيل الغذائى فى سائر أنحاء الجسم .

(١) نقص التأكسد فى الأنسجة : ينتج من استمرار انخفاض ضغط الدم نقص الأوكسيجين المطلوب للأنسجة المختلفة وتلك الحالة الطبيعية تنعكس فى ظهور حالة مرضية فى الخليات وحاصلاتها اذ لم يكتمل تمثيلها وقد يتغير تركيب الخليات ومعنى ذلك قيام تسمم

(٢) ركود الدم فى الأوعية الشعرية من استمرار انخفاض الضغط يساعد على زيادة الركود فى الأوعية الشعرية وبذلك يكون مبدأ دائرة فاسدة. لأن الركود الشعرى يؤدى الى نقص التأكسد فى الأنسجة ونقص التأكسد يزيد الركود الشعرى ومن البين ان نتيجة ذلك انخفاض الضغط انخفاضاً آخر

(٣) نشوء الحموضة :

سائل الدم الطبيعى يحتوى على نسبة معينة من ثانى كربونات الصودا وهى القلوى المدَّخر فى الدم وأحد القلويات المدخرة فى الجسم . والحموضة هى نقص هذا الذخر القلوى . وتحتوى بى كربونات الصودا الموجودة فى الدم على حامض خفيف فى صورة حامض الكربونيك المذاب « ك ا٢ (يد٢ ك ا٣) » ويعبر عن النسبة بين الحمض والقلى بما سمى تجمع يونات الايدروجين (Hydrogen-ion concen-tration) فاذا نقصت بى كربونات الصوديوم (ص يد ك ا٣) وزاد حامض الكربونيك أو بقى على حاله قيل بزيادة تجمع يونات الايدروجين ومعنى ذلك حموضة الدم. أما اذا نقص حامض الكربونيك وزادت بى كربونات الصودا أو بقيت على حالها فان تجمع يونات الايدروجين يقل فاذا تبدلا معاً بحيث تبقى نسبة الواحد للآخر ثابتة فلا يتغير تجمع يونات الايدروجين . ولا شك أن فى الصدمة حموضة تكون فى الأول من نقص بى كربونات الصودا وفى الأدوار الأخيرة من زيادة حقيقية فى تجمع يونات الايدروجين وهنا يعرض لنا السؤال عما اذا كانت الحموضة التى لا شك فيها عاملا أصلياً وسبباً يقضى بوجود أعراض الصدمة أو انها نتيجة ثانوية لقصور مستمر فى الدورة الدموية. وأحسن جواب على هذا السؤال ماجاء فى قرارات اللجنة التى شكلها مجلس البحث الطبى البريطانى لبحث مسألة الصدمة : ــ

(١) الحموضة الناتجة عن مجرد نقص ثانى كربونات الصودا من سائل الدم ليست سبب الصدمة وليست عاملا مهما فى احداثها

(٢) نقصان القِلْى المدَّخر نقصاناً لم يعوَّض هو نتيجة مُؤْنة أوكسيجين لاتكفى الأنسجة

(٣) يهون جعل تأكسد الانسجة غير كاف بحاجتها من دورة شعرية عائبة عن حدوث ذلك من انتقاص أوكسجين الدم .

(٤) نقص القِلْى المدخر عرَض لدورة شعرية عائبة وليس سبباً لها

(٥) يكون نقص القلى المدخر لحد مافى أول أدواره وسيلة أو واسطة للوقاية. وعمله الحقيقى وقتئذ تنبيه المركز فى الانتفاخ النخاعى .وفى الأدوار الأخيرة وحينما يزداد تجمع اليونات الايدروجنيه يزول هذا العمل الواقى

ويرجع هذا الاضطراب الأساسى الحيوى فى تمثيل الأغذية الى ركود الدم فى الأوعية الشعرية وهذا الركود يتوقف كما تبين من قبل على انخفاض الضغط الدموى والعوامل الملازمة له أو اللاحقة به .

حاصل الكلام عن ماهية الصدمة الجراحية

العامل الأصلى فى احداث الصدمة هو انخفاض تدريجى مستمر فى ضغط الدم . والأسباب التى توجد الانخفاض الأوَّلى كثيرة منها ما هو عصبى وما هو اكلينيكى . وتجتمع فى أغلب الأحوال اسباب كثيرة وعوامل مضاعفة كالنزف والتقيح أو العفونة وامتصاص حاصلات سامة من الأنسجة المصابة . وعند اكتمال انخفاض مستمر تظهر دائرةفاسدة فالانخفاض يؤدى الى نقص التأكسد فى الأنسجة وركود الدم فى الأوعية الشعرية وهذا ينقص كمية الدم فى الدورة الجارية . ونقص التأكسد فى الأنسجة ينتج عنه خروج حاصلات سامة مختلفة لعدم اكتمال التمثيل الغذائى فيها . وهذه العوامل مجتمعة تنقص الضغط الدموى نقصاً آخر وبذلك تدور الدائرة الفاسدة وتبقى . ومن شأن ذلك انه يستمر حتى ينتهى بالموت مالم تكسر حلقة من حلقات هذه الدائرة الفاسدة ويصلح عيب انخفاض الضغط

نظرة فى المعالجة

طال الكلام قصداً عن الصدمة من الوجهة الاكلينيكية حتى تستقر صورتها الصحيحة فى الأذهان وتعلق بها ونكتفى بايجاز النقط الأساسية للعلاج : —

(١) تقدير درجة الصدمة

يجب على الطبيب معرفة الصدمة وتقدير شدتها استعداداً للانذار والمعالجة ، وتبصرُّ العواقب . فى الكشف عن المريض ورؤية الصورة التى وصفناها فى صدر الكلام.وسرعة النبض الخبر الكافى . ولكن لا ينبغى الاكتفاء بذلك والاعتماد عليه.وحذراً من الشطط يجب الأخذ بالوسيلة الوحيدةالتى لدينا للتحقق وهى قياس الضغط الدموى الانقباضى وتسجيله . فالضغط الذى يساوى ٩٠ مم^{٣} أو أقل يدل على درجة من الصدمة تحتم اتخاذ وسائل شافية واجراءات سريعة

(٢) يجب ابعاد النزف والعفونة من التشخيص المحتَمل فقد تتشابه بالصدمة الحقيقية . والسعى لذلك ضرورى إذ بذل الجهد فى مداواة الصدمة مع وجود هذه العوامل المستقلة تعمل فى الجسم مقدر عليه فشل لا مفر منه

(٣) أهمية التدفئة : إذا عرفنا أهمية ركُود الدم فى الاوعية الشعرية فى أحداث الصدمة صار من السهل ادراك ضرورة التدفئة ولزومها للمريض المعرَّض للصدمة . والأذى من البرد أشد خطراً اذا كان المصدوم غير واعٍ أو متأثراً بمخدِّر عام .

(٤) لزوم السوَّائل للمصدوم : اذا كانت الصورة الباتولوجية للصدمة كما سبق شرحها صحيحة ففى الامتناع عن اعطاء السوائل خطر عظيم . واعطاء مقدار عظيم من السوائل وسيلة تسند ضغط الدم وتخفف من نقص كميته وتمنع ركوده فى الأوعية الشعرية.ومن فوائدها المؤكدة تخفيف الحاصلات السامة من التمثيل الغذائى الناقص واخراجها من الجسم . واذا تعذر وَجْر السوائل لسبب ما وجب اعطاؤها من طرق أخرى كالحقن فى الشرج أو تحت الجلد أو فى الوريد . ولمعالجة نقص القلى من الدم نقصاً عظيما فى الصدمة يجب اعطاء مقادير من بى كربونات الصودا مع السوائل على دفعات فى كل دفعة ٥ جم

(٥) الغذاء : لا ينبغى اجاعة المريض سواء كان ذلك فى دفع الصدمة ومنع مجيئها أو فى علاج الصدمة القائمة. ويسمح بالغذاء اذا اشتهاه المريض الالمانع خاص ويجب أن يكون الغذاء غنيا بالمواد الكربوايدراتية .

(٦) النوم والاستراحة : لاشك فيما يحدثه النوم من تصحيح واعادة للقوة. والنوم الطبيعى أحسن وأجدى . فينبغى وضع المريض وضعاً مريحاً فى هدوء تام وحجب النور الشديد عنه . وكثيراً ما نضطر لاعطاء أدوية لجلب النوم وأحسنها المورفين .

وكثر الجدل حول المقدار الذى يعطى من هذا الدواء فى هذه الحالة. فالاستاذ Crile يشير بتكرير المقادير حتى يقل التنفس الى ١٢ كل دقيقة. ولكنهم اعترضوا على ذلك وقالوا ان انقاص التنفس لهذا الحد يزيد خطر الحموضة . والرأى المقبول الآن اعطاء المورفين حتى يزول الألم والهياج ولا ينبغى تعدى ذلك وليذكر الطبيب ان ارتفاع ضغط الدم يأتى بنوم طبيعى .

(٧) الادوية : الأستركنين والأدرينالين من الأدوية التى استعملت دائماً فى علاج الصدمة واعتمدوا عليها ولكن قضى الآن بعدم الفائدة منهما وأمكان جلبهما الخطر . وللبتوترين أو خلاصة الغدة النخامية فائدة مؤقتة لأنه ينبه القلب والأوعية ولا تدوم هذه الفائدة من أخذه والاستمرار فى ذلك محوط بالخطر .

ليس للكحول تنبيه أو انعاش . والعذر الوحيد لوصفه كونه غذاء للجسم .

الديجيتالا والكافور منبهان مؤقتان . ويجب اعطاء الأوكسيجين اذا ظهر ازرقاق فانه يخفف الاهتياج والألتهاث (air-hunger) فى دور الصدمة الأخير. والجلوكوز وبى كربونات الصودا مفيدان ولازمان عند قيام الدليل على قرب ظهور الحموضة أو ظهورها فعلا .

(٨) إصفاق الدم أو تلقين المصدوم بدم آخر (Transfusion)

وبما أن السبب الاساسى فى نشوء الصـدمة هو انخفاض ضغط الدم كانت الهمة منصرفة لمعالجة ذلك بطرق مختلفة وكان اعراق السوائل فى الوريد من أسرع الوسائل وأنجعها

اختيار السائل الواجب اعراقه

(١) المحاليل الملحية : كان المحلول الملحى الطبيعى كثير الاستعمال منذ سنوات ولـكن الخبرة دلت على أن فائدته مؤقتة فقط وسريعة الزوال . وحقن مقدار كبير من هذا المحلول فى الوريد يخفف الدم ويزيد كميته . والـكلى والأوعية اللمفاوية والجلد تخرج ما فاض من السائل فيزداد العرق والبول وتقل كمية الدم ثانياً ويصير أكثر تركيزاً من قبل وبذلك تزول فائدته سريعاً وفى النهاية يكون استعماله أكثر ضرراً . ويسرى هذا الـكلام على محلول رنجر وسائر أشكاله المختلفة

(٢) المحاليل الغروية : عمل الاستاذ Bayliss محلولا ملحياً صمغياً (٦ ٪ صمغ الـكثيراء فى ٩ر. ٪ كلورور الصوديوم) وهو محلول مجرب الفائدة عظيم النفع وقد وصفه صاحبه بقوله « أهم شىء فى علاج الصدمة ضمان مقدار كاف من الدم (الأكسيجين) للاعضاء الحيوية وخصوصاً المراكز العصبية ومن السهل تحقيق ذلك بحقن محلول الصمغ والملح فانه يزيد ضغط الدم وكميته الجارية فى الدورة »

ويبدأ بحقن ٥٠٠ سم من المحلول سريعاً بعد ظهور الصدمة ويعاد الحقن بعد نصف ساعة اذا كانت الفائدة ضئيلة وينبغى عمل الاعراق ببطء فحقن ٥٠٠ سم يحتاج الى ١٥ دقيقة ويجب أن يكون المحلول دافئاً بدرجة ٣٧ مئوية

وأشار الاستاذ إرلانجر والاستاذ جاسر بحقن محلول ٢٥ ٪ صمغ و١٨ ٪ دكسترين ولـكنه دون محلول بيلس فى الفائدة

(٣) صفق الدم أو تلقين المريض بدم شخص آخر . ظهرت أعظم فائدة من هذه الطريقة فى الحالات التى حدث فيها نزف أما فى الحالات الاخرى فالفائدة قليلة . وأكثر الجراحين مجمعون على تفضيل طريقة السترات لأنها أسهل الطرق وأسلمها وأضمنها

تأثير التخدير العام والعملية الجراحية فى الصدمة

تحدث التغيرات الآتية فى الجسم أثناء العمليات الجراحية الكبيرة

(١) ينقص ضغط الدم (الانقباضى)

(٢) يزداد تركيز الدم تدريجا

(٣) ينقص القلى من سائل الدم

ولهذه التغيرات تأثير ظاهر فى احداث الصدمة بل هى الاسباب الاساسية وقد تكون هذه الظواهر بسيطة لا أثر لها فى بعض الاحوال وشديدة خطرة فى غيرها ولمنع ظهور هذه التغييرات أشاروا بالاجراءات الآتية : —

(١) وجوب الاسراع فى العملية بقدر ما يسمح به الاتقان

(٢) تعمل العملية بأقل ما يمكن من الاذى والاضرار بالأنسجة والنزف

(٣) اجتناب تبريد المريض قبل العملية وأثناءها وبعدها

(٤) اختيار المخدر ويفضل اوكسيد النيتروز والاوكسيجين أو التخدير الشوكى أو الراشح

(٥) اذا خابت الوسائل المقوية لرفع ضغط الدم قبل العملية وجب رفعه بأعراق دم آدمى أو ٥٠٠ جم من محلول صمغ فى ملح

(٦) اذا أورى بحث الدم وجود حموضة قبل العملية وجب ايجاد ذُخْر قلوى باعراق محلول ٤ ٪ بى كربونات الصودا

(٧) يجب قياس ضغط الدم أثناء العملية ؟

دكتور محمد شرف

المصل الواقى من الحصبة

للدكتور شاكر جبران

قرأت هذه المقالة فى مجلة العالم الطبى الفرنسية بالعدد الخاص بامراض الاطفال وهى بقلم البروفيسور ديبرا فرأيت أن انقلها للمجلة الطبية المصرية فيما يلى :

(١) بدرس الوفيات التى حدثت فى أوروبا وأمريكا مدى الستين سنة الماضية اتضح أن وفيات الاطفال نقصت كلها وكانت وفيات الحصبة أقلها نقصا ففى الخمسة والعشرين سنة الاخيرة نقصت وفيات الدفتريا فى عشرة من امهات مدن أوروبا بمعدل ٦٧ ٪ ووفيات الحمى القرمزية بمعدل ٦٦ ٪ ووفيات السعال الديكى ٤٣ ٪ وأما وفيات الحصبة فلم تنقص الا ١٠ ٪

(٢) أحصيت الوفيات فى أوروبا كلها — ما عدا الروسيا والدول البلقانية — فى عشر سنوات من ١٩٠٠ الى ١٩١٠ فكانت ضحايا الدفتريا ٥٨٩٢٥ والسعال الديكى ٦٦١٧٤٣ والحمى القرمزية ٤٧٠٢٣٥ وأما الحصبة فقد حصدت ٧٠٠١٦٧ نسمة . فاذا أدخلنا فى حسابنا ضحاياها فى الروسيا والممالك البلقانية فانه يمكن أن يقال أن ضحاياها فى أوروبا كلها مدى عشر سنين بلغت المليون من الانفس البشرية

(٣) فى الولايات المتحدة — فى المنطقة الخاضعة لنظام القيد — توفى بسبب الحصبة اكثر من ١٠٠٠٠٠ نسمة فى عشرين سنة من ١٩٠١ الى ١٩٢٠

(٤) فى فرنسا كانت الوفيات من سنة ١٩٠٦ الى سنة ١٩١٣ خمسة وعشرين الف طفل تقريبا بسبب الدفتريا واكثر من هذا العد بقليل بسبب السعال الديكى وأقل من عشرة الاف طفل بسبب القرمزية وأما الحصبة فقد حصدت ٣١٫٢١٥

طفلا مع العلم بان هذا العدد لا يحوى الا الاحوال التى قيدت والا لكان العدد اكثر من هذا أيضا

(٥) وعلى هذا النحو يتضح لنا أن محاربة الحصبة هى محاربة لوباء من أشد الاوبئة خطرا على الجميع فانه وباء تتناقص وفياته ببطء بالنسبة لسواه من الامراض وهو يقتل سنويا اكثر من مائة الف طفل فى أوروبا واكثر من خمسة الاف طفل فى الولايات المتحدة وما يقرب من أربعة الاف طفل فى فرنسا

(٦) بوجه عام تكون الحصبه حميدة العواقب فى الارياف والاماكن الفسيحة أما فى المدن حيث الاختلاط الزحام فانها تكون شديدة الوطأة سيئة العاقبة . ولوحظ ان الوفيات منها فى باريس تبلغ ثلاثة اضعاف وفياتها فى البلاد التى لا يزيد عدد سكانها عن خمسة الاف نسمة . وهذا الفرق فى النسبة غير ملحوظ فى الدفتريا وموجود خفيفا بالنسبة للسعال الديكى . وحتى فى المدينة الواحدة مثل باريس تشتد وطأة الحصبة فى المناطق الفقيرة عنها فى المناطق الغنية وهذا بخلاف ما شوهد فى القرمزية والحمى التيفودية . وبوجه عام يمكن أن يقال أنه فى باريس تميت الحصبة عددا من الاطفال بقدر ما تميت القرمزية والسعال الديكى والدفتريا مجموعة معا . وهكذا شوهد فى امهات المدن مثل ليل وليون وطولوز وريمس

(٧) وتكون الحصبة شديدة الوطأة كلما كان الطفل صغيرا فى السن . فالطفل المولود من أم أصيبت من قبل بالحصبة يولد وفى دمه مناعة طبيعية ضد هذا المرض لكن هذه المناعة تتلاشى تدريجيا مع الزمن . حتى تزول فى الشهر السادس . ومن هذه السن الى الخامسة يبقى الطفل معرضا جدا لهذا المرض .

(٨) ولوقاية مثل هؤلاء الاطفال وخصوصا من الطبقات الفقيرة التى تسكن الاكواخ والاحياء الآهلة بالسكان المحرومة من وسائل التهوية والنظم الصحية الحديثة . فكر بعض الأطباء فى اكتشاف مصل واق من هذا المرض . الذى

يأخذ فى كثير من الاحيان شكلا خبيثاً وأنشأوا معامل ملحقة بمستشفيات الاطفال والامراض الحمية.

(٩) ولا يقتصر استعمال المصل الواقى فى وقاية اخوة المريض وأقاربه المخالطين له من العدوى بل يمكن أيضا استعماله عند الشك البسيط فى تعرض الطفل لهـذا المرض. وخصوصا متى كان هذا الطفل نحيفـا وضعيفا أو ناقها من حمى أو مرض أو معرضا لتدخل جراحى أو درنى. كذلك يمكن استعماله عند الحوامل فيجتنب بذلك سبب من اكثر الاسباب الداعية للاجهاض أو الولادة المبكرة. وفى الجيوش ثبت فى الحرب العالمية الكبرى الاخيرة أن الحصبة والسل الرئوى هما أشد الامراض فتكا بالجنود وذلك بعد أن أمنت الجيوش جانب الحمى التيفودية باللقاح الواقى.

ومن هذا يتضح أن المصل يستعمل فى الحالتين الاولى لوقاية مجموع كبير من الناس. والثانية للوقاية الفردية.

(١٠) معلوم أن الانسان اذا أصيب مرة بالحصبة. فان هـذه الاصابة تقيه هذا المرض. تخلق لديه مناعة ـ ذلك بانها توجد فى دمه موادا جديدة تنشأ منها هذه الحالة الجديدة. فاذا أخذنا مقدارا صغيرا من هذا الدم وحقناه فى جسم رجل سليم فانه يتحصن كذلك ضد هذا المرض وهذا هو أساس هذه العملية وفكرتها

(١١) شوهد أنه فى حقن هـذا المصل مبكرا لا يظهر المرض مطلقا. أما اذا حقن متأخرا قليلا فان المرض لا يمتنع عن الظهور ولـكن يظهر مخففا جـدا ويكون بعيداً عن الخطر والشدة. فاذا تأخر الحقن عن ذلك أيضـا الى ما قبل ظهور الاعراض مباشرة أو حتى عند ظهورها. فقد شوهد أن المصل لا يمنع ظهور المرض بشكله العادى ـ وان يكن شوهد أن الطفـح لا يظهر حول مكان الحقنة فقط.

(١٢) وعلى هذا فيمكن القول بان المصل الواقى للحصبة يستعمل لسببين (١) لمنع المرض وهذا ان حقن فى مدى الخمسة الايام الاولى من التعرض للمرض وتبقى هذه المناعة فعالة لمدة أسبوعين أو ثلاثة تقريبا . ويمكن اعادة الحقنة بعد نهاية هذه المدة اذا بقى المريض معرضا كذلك للعدوى (٢) أما اذا أعطيت الحقنة بعد اليوم الخامس . فى السادس أو السابع أو الثامن أيضا . فان المرض يكون ضعيفاً جداً . وتعقبه المناعة كذلك . ومن فوائد الحقنة المتأخرة كذلك تطويل مدة الحضانة أو مدة التفريخ فبدلا من أن تكون عشرة أيام كما هى العادة فانها تطول الى اثنى عشر أو خمسة عشر وأحيانا الى العشرين يوما . وأما دور الهجوم فيكون خفيفاً جداً . والنزلات المخاطية تنعدم أو تخف كثيرا . ولا يظهر منها أحيانا الا رشح بسيط فى الانف . فلا يحدث التهاب فى العيون . ونقط كوبلك لا تظهر أو تبهت كثيرا . والحرارة تنخفض وتتراوح حول ٣٨ . ويزول التعب العام الذى يدق الجسم . ويحفظ الطفل نشاطه . والطفح يكون متقطعاً ومتباعداً وباهتاً .

وحتى فى حالة ما تكون الحمى شديدة والطفح ظاهراً وواضحاً . فان النزلات المخاطية تكون خفيفة والطفل حافظاً لقوته ونشاطه لدرجة يطلب معها غذاءه الطبيعى ويلح فى ترك فراشه . ويأتى بعد ذلك دور النقاهة والحقيقة انه لا يوجد دور نقاهة بعد هذا المرض البسيط أو التوعك الخفيف . ومما لوحظ أيضا أن تفاعل التيبركولين الجلدى الذى يكون سلبيا فى حالة الحصبة العادية يستمر ايجابيا فى هذه الاحوال المخففة .

ويمكن أن يكون المرض أهون من ذلك بكثير حتى لا يلحظ وجوده مطلقاً بحيث لا يبقى منه الا حمى خفيفة جداً ونقط كوبلك الباهتة .

وسواء كان هذا التخفيف بالغاً أو قاصراً فان مضاعفات المرض على العموم

لا تظهر فلا التهاب رئوى شعبى ولا التهاب فى الاذن الوسطى . ولا يفهم من هذا أن المضاعفات مستحيلة الحدوث ولكنها فقط نادرة جداً

ولا يفوتنى أن أقرر أن هذا المرض المخفف معدٍ كذلك للغير

وهنا يجب أن نذكر بعض الظروف والشروط الخاصة بهذه الحقنة

(١) يجب أن يؤخذ الدم من شخص قوى سليم البنية لا يقل عمره عن عشر سنين سبق أن أصيب بالحصبة . ويجب التدقيق فى البحث عن سابقة الاصابة بالحصبة لان كثيرين من الناس يظنون أنهم أصيبوا بالحصبة بينما أن اصابتهم كانت بحمى طفحية أخرى . ويجب أن يؤخذ الدم فى دور النقاهة أى بعد زوال جميع أعراض الحمى ومضاعفاتها . ويجب التأكد من خلو جسمه من ثلاثة أمراض . الزهرى . والدرن . والملاريا . ويجب عمل تجربة وآزرمان . وكذلك يجب حفظ المصل مدة طويلة قبل استعماله وبهاتين الطريقتين يمكن توقى الزهرى .

(٢) ويؤخذ الدم من الناقه بعد مضى أسبوع من نزول الحمى . ويؤخذ من الوريد بالطرق المعقمة العادية مقدار ٨٠ الى ١٠٠ سنتيمتر مكعب . وبعد ذلك يرسل هذا الدم الى المعمل في الانبوبة المعقمة . ولما يتجمد الدم يطفو المصل على السطح فيكون لونه أصفر ويحمر قليلا اذا وجد به قليل من الهيموجلوبين . وهو شفاف الا اذا تعكر ببعض ذرات الشحم ولا يمنع شىء من هذا من استعماله . بعد ذلك تعمل تجربة وآزرمان . ويسخن يومين متواليين على درجة ٥٦ أو يضاف عليه مطهر من محلول حمض الفنيك ٥ ٪ بمقدار نقطة واحدة لكل عشرة سنتيمترات مكعبة من المصل . ومع ذلك فاذا بذلت العناية الواجبة فى التعقيم فانه يمكن الاستغناء عن التسخين والمطهر .

ويجب فحص المصل لمعرفة درجة خلوه من الجراثيم مرات متعددة ثم يخلط مصل ثلاثة أو أربعة أو خمسة أشخاص . وبعد ذلك يوضع فى أمبول ويحفظ فى

الثلاجة مدة أسبوع قبل استعماله . ويمكن لهذه الحقن اذا حفظت فى الثلاجة أن تحفظ قوتها ومفعولها لمدة سنتين .

وفائدة خلط المصل من ثلاثة أشخاص هو ضمان الحصول على نتائج طيبة لانه قد يحوى دم شخص واحد مضادات للمرض أقل من غيره . فمتى مزج المصل امكن الحصول على مادة اكيدة فى فعلها

(٣) علمنا مما تقدم أن المصل يمكن أن يكون واقيـا ويمكن أن يكون مخففا للمرض فقط . وذلك كله يتوقف على الوقت الذى تعمل فيه الحقنة . فان كان مبكرا كانت النتيجـة الوقاية وان كان متأخرا كانت النتيجة التخفيف . لهـذا يكون من المهم جدا معرفة الوقت الذى تعرض فيـه الطفل للعدوى . وفى بعض الاحيان يكون هذا سهلا جداً . فان الطفل اذا مرض بالحصبة ثم زاره بعض أقاربه ومعهم أولادهم فحينئذ يمكن معرفة الوقت الذى تعرض فيه هؤلاء الاولاد للعدوى. ولـكن متى كان جمـع كثير من الاولاد فى معيشة واحدة ثم ظهرت على أحـدهم أعراض الحصبة واستمروا معه بعد ظهور الاعراض.فكيف يمكن فى هذه الظروف تحديد وقت العدوى . ذلك أن الاختبار دل على ان العدوى تتم غالباً فى اليوم الثانى أو الثالث من بدء المرض . أى قبل ظهور الطفح بيومين أو ثلاثة . ولا شك أن هذه القاعدة اجتهادية . ومنها يمكن تحديد الزمن لعمل الحقنـة اما للوقاية بان تعمل حالا واما للتخفيف فتؤجل عن هذا التاريخ ثلاثة أو أربعة أيام . ومعلوم أن الحقنة اذا عملت مبكرا عن ذلك فالنتيجة منع حـدوث المرض . واذا تأخرت فلا يكون لها تأثير ما فى سير المرض اللهم الا منع حدوث الطفح حول مكان الحقنـة نفسهـا .

وفيما يختص بالمقدار الذى يحقن من المصل فان هـذا المقدار يتبع وزن الطفل ومن باب السهولة نقول انه يتبع السن . فيحقن سنتيمتر مكعب من المصل لكل سنة

من العمر بحيث لا يقل عن ثلاثة سنتيمتر لمن هم دون الثالثة . ولا يزيد عن ١٥ و ٢٠سنتيمترا تبعاً لوزن المريض . ويمكن ان يضاعف هذا المقدار إذا كان المريض مصاباً بالتهاب رئوى . ويعطى الحقنة اما تحت الجلد أو فى العضلات متى رؤى لزوم سرعة امتصاصها .

(٤) وهناك ملاحظة اخرى . ذلك انه لوحظ ان الناقه من الحصبة يحمل فى دمه مواد تكسب المناعة وان هذه المواد تبلغ كثرتها فى اليوم السابع أو الثامن من النقاهة . وبعد ذلك تأخذ فى النقصان بحيث تكون بعد شهر قليلة بالنسبة لما كانت عليه فى الاسبوع الاول . ومما لوحظ ايضاً ان هذه الكميات تزداد فى الدم متى تعرض الانسان لمريض جديد بالحصبة . وعلى ذلك فيمكن اخذ الدم من أى انسان سبق ان أصيب بالحصبة وحقنه للوقاية أو للتخفيف كما سبق . فقط يلاحظ ان يحقن من هذا الدم اربعة أضعاف مايحقن من الدم الناقه : واذا كان الامر كذلك. فانه يمكن الاستفادة من هذه النظرية بان يحقن مصل الام أو احد الاقارب سواء كان ناقهاً قديماً أو حديثاً من المرض فى الطفل . ويمكن أيضاً فى هذه الأحوال حقن الدم كله لا المصل فقط . انما يتحتم ان يحقن من هـذا الدم ثلاثة اضعاف مايحقن من هذا المصل .

(٥) وجميع الاطباء فى جميع البلاد الذين جربوا هذه الطريقة امتدحوها ولم يرتفع صوت واحد لاستهجانها وفى الظروف التى فشلت فيها امكن ادراك سبب الفشل . كأن يكون تكرير الدم قد اخذ مبكراً أو متأخراً عن الميعاد.أو كأن الحقن بالمصل كان فى غير وقته المناسب . أو كأن لايحقن منه المقدار الكافى أو كأن يحقن مصل شخص واحد عوضاً عن مصل جملة اشخاص مختلط . ولـكن اذا روعيت جميع هذه الظروف فقد لا تفشل هذه الحقنة الا بمقدار ١ ٪ وهل توجد فى علم الطب الوقائى أو العلاجى طريقة تنجح بدون فشل مطلقاً

وكل ما يمكن ان يقال هو انه فى حالة حقن الدم من شخص سبق ان اصيب بالحصبة . فانه قد تلاحظ جميع الشروط ومع ذلك فلا تنجح الحقنة فى توقى المرض ولكنها تنجح فى تخفيفه وتلطيفه . ومن يمكنه ان يقول ان هذه خسارة ؟ الا نعدها من حسن حظ المريض . حيث ثبت لنا ان هذا المرض المخفف يكسب صاحبه مناعة ابدية .

(٦) لوحظ ان هذه الحقن سواء من المصل أو من الدم لا تحدث تفاعلاً فى الجسم ولا اعراض مرض المصل كباقى انواع الحقن للدفتريا والكزاز . ولعل السبب فى ذلك ان حقن الحصبة مأخوذة من دم الانسان اما الحقن الاخرى فمن الخيل . وشوهد احياناً احمرار حول الحقنة وارتفاع بسيط فى الحرارة وقلق فى الليلة التالية للحقنة . وحقن الحصبة لا تمنع مطلقاً من استعمال حقن اخرى اذا دعت الظروف فلا خوف مطلقاً من حدوث Anaphylaxis (١)

(٨) وبعد كل ما تقدم نسأل لماذا لا تستعمل هذه الطريقة بصفة عامة لوقاية الجميع وخصوصاً الاطفال من هذا المرض ؟ أو على الاقل لتخفيفه متى اصيبوا به . وبهذه الطريقة نخلصهم من فتكه ونخلص الانسانية من شر مرض يودى بالآلاف من الارواح . ماذا على اولى الامر لو اعدوا المعامل اللازمة لتخريج وخزن هذا المصل واعطائه لكل طبيب يبلغ عن حالة حصبة لحقنه لجميع الأطفال المعرضين للعدوى . وقد جربت هذه الطريقة فى بلاد المانيا وامريكا وجاءت بنتائج مشجعة . وهى لا تزال آخذة فى الانتشار فى باريس

---

(١) الاستهداف

البيلوجرافيا

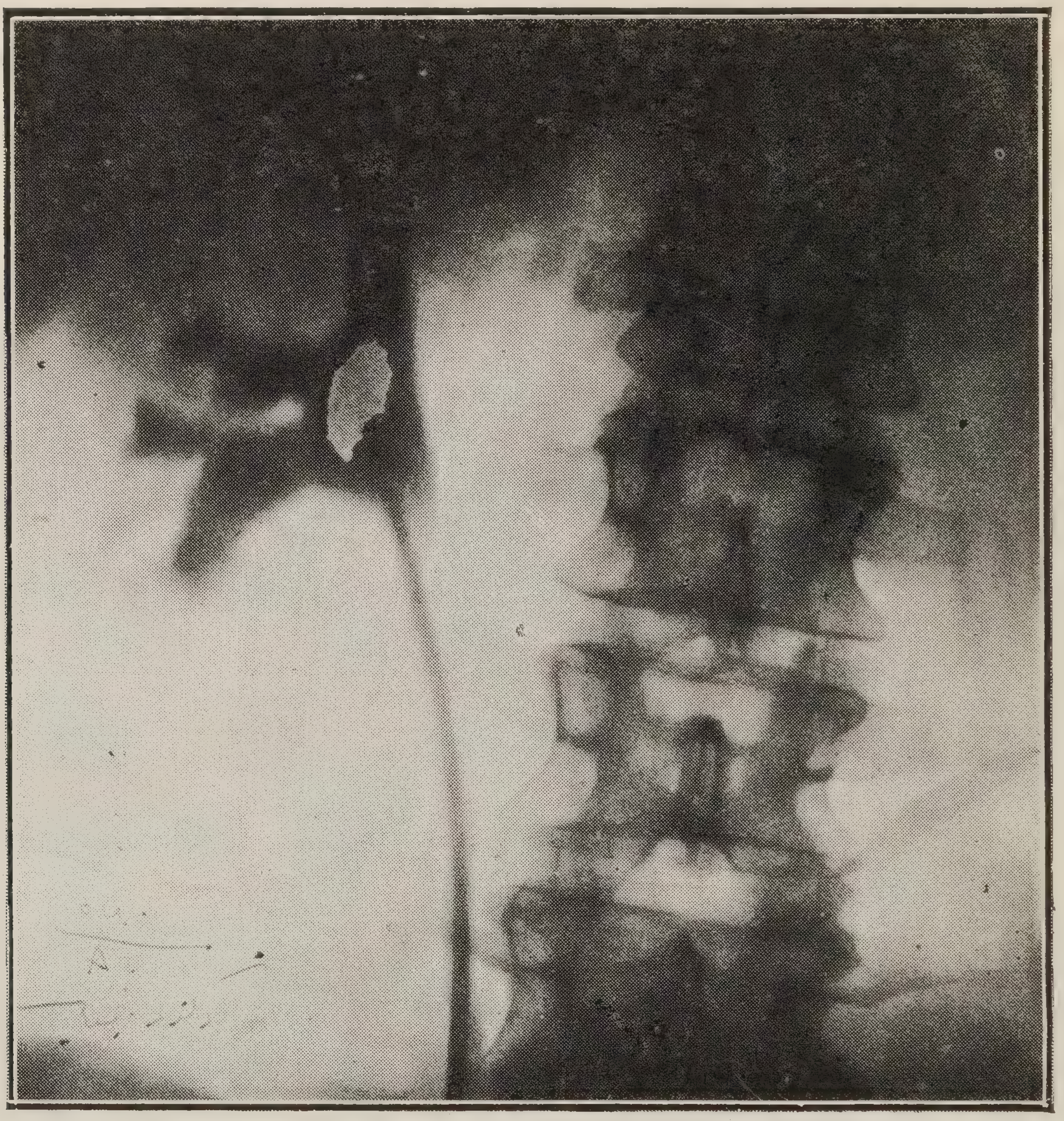
أو طريقة تصوير حوض الكلية

فائدة ذلك في اظهار الحصوات غير الكثيفة في الراديوجرافيا

تصوير حوض الكلية باشعة رنتجن لأجل استظهار سبب المغص الكلوى مفيد لمشاهدة الحصوات الغير كثيفة . مثل حصوات حمض اليوريك Acide Urique لأن الحصوات المركبة من الأملاح الكثيفة مثل يورات الكاس أو فسفات الكاس أو اكسالات الكاس هى التى تظهر بالتصوير العادى للأشعة أما سبب عدم ظهور حصوات حمض اليوريك على لوحة الاشعة فذلك لأن كثافتها تعادل كثافة انسجة الكلى . لذلك فى أحوال المغص الكلوى اذا لم تظهر حصوات يجب عمل بيلوجرافى باشتراك طبيب الامراض البولية مع اخصائى الاشعة وذلك لضرورة عمل قنطرة بالحالب وأدخالها لغاية حوض الكلية على ان القنطرة يجب ان تكون مصنوعة من مادة كثيفة لتظهر بالاشعة .

طريقة العمل — يحضر المريض كما يحضر للراديوجرافى العادى . اعنى يأخذ مسهل ولا يأخذ بعده غذاء ثم يكشف على المثانة بواسطة المنظار Cystoscopie ثم تدخل القنطرة الكثيفة المنوه عنها من مبدأ الحالب حتى تصل الى حوض الكلية ويحقن السائل الآتى : — محلول بروموز البوتاس ٢٠ الى ٣٠ فى المائة مضافاً اليه ٢٠ ر٠ سنتيجرام اوكسى سيانور الزيبق Oxycanure de Mercure يحقن هذا السائل تدريجياً حتى يشعر المريض بثقل خفيف جهة الكلية المحقونة وان الشعور بألم يدل على امتلاء حوض الكلية . . . وبعد امتلاء حوض الكلية يجب عمل الراديوجرافى بسرعة — جزء من الثانية لا اكثر — ومتوسط ما يحقن من

السائل هو من ١٠ الى ١٢ س . م وفى حالات استسقاء الكلية Hydronephrose قد يسع حوض الكلية ٨ — ٨٠ س . م من المحلول الكثيف



والصورة المدرجة هنا هى لمريض سنه ٣٨ سنة كان يشكو من مدّة ٤ سنوات من مغص كلوى شديد وعملت له اشعة أربع دفعات بلا نتيجة وكانت تأتيه نوبات مغص كلوى شديدة من آن لآخر و بعد عمل البيلوجرافى Pyélographie بحقن ١٤ س . م من المحلول الكثيف ظهرت بحوض الكلية حصوة من حمض اليوريك كما تراها بالصورة واجريت له العملية وزالت منه الاوجاع

الدكتور ا . يغيا

مشاهدة فتحة انابيب فلوب

بواسطة الاشعة بواسطة حقن lipiodole

للدكتور ا . يغيا

اهمية كشف فتحة انابيب فالوب من اختصاص اطباء امراض النساء خصوصاً عند بحث اسباب العقم

من مدة سنوات قلائل استعمل الأطباء الاميركان طريقة حقن هواء معقم أو اى غاز آخر ليس له تأثير ضارْ داخل تجويف الرحم فاذا كانت الانابيب مفتوحة نفذ الهواء الى التجويف البريتونى فتشعر المريضة بالم وفى حالة انسداد الانابيب لا يحصل الشعور بالم . واذن فالشعور بالم او عدمه هو طريقة تشخيص حالة انابيب فلوب . على أن هذه الطريقة لا تخلو من مضار لجواز مرور اسباب التهابية مع الهواء المحقون ولذلك تركت هذه الطريقة .

لذلك يعتمد جميع اطباء امراض النساء الآن على طريقة الكشف باشعة × تعليم الاستاذ Sicard وطريقة الاشعة تمتاز عن طريقة النفخ الهوائى من جهتين :

أولاً — الكشف بطريقة الراديوجرافى اكيد ويمكن نقله بظهور بالفحص الفتوجرافى حيث تظهر كل تفصيلات الرحم ومنظر ضيق الانابيب أو وسعها أو انسدادها انظر الشكل (١) و (٢)

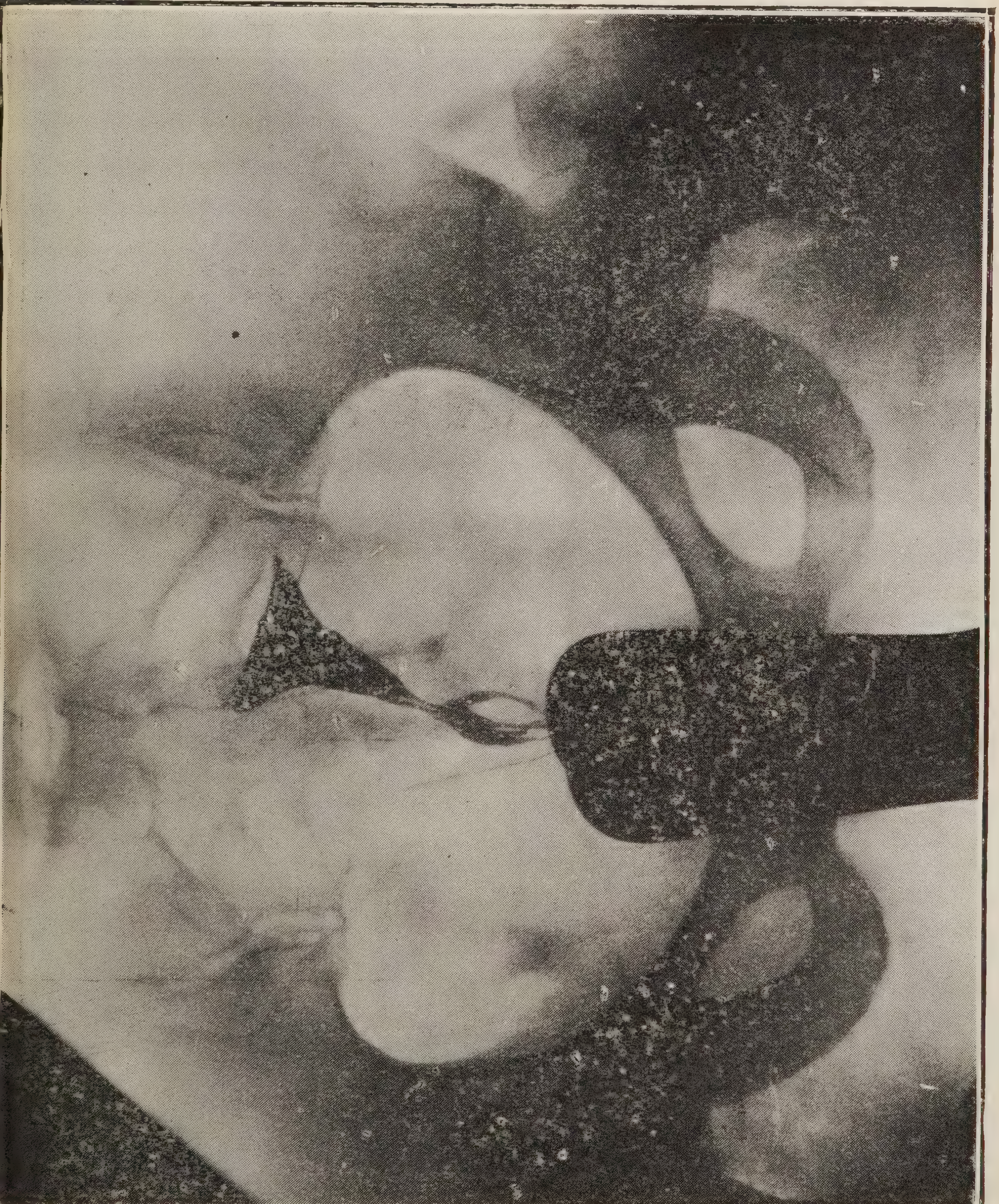
ثانياً — ان اللبيودول Lipiodole مطهر ومعقم وليس فيه خطر استعمال النفخ الهوائى وقد حدث فى كثير من الحالات دخول اللبيودول فى تجويف البريتون بدون حدوث أى ضرر .

الطريقة العملية (Technique) :—من الضرورى اشتراك طبيب امراض النساء مع اخصائى الأشعة

تستحضر المريضة بعد ان تكون قد اخذت مسهلاً لتنظيف جميع الامعاء
وبعد تطهير المهبل يحقن الرحم من ٦ — ٥ س . م من lipiodal بحرارة ٣٨° س
لان الليبودول اذا كانت درجة حرارته حين الحقن اقل من ذلك لا ينفذ بسهولة
وللسهولة يستعمل جهاز خاص مكون من حقنة Seringe متصلة بمقياس ضغط
Manomètre والحقنة تسع ١٠ س . م ٣ ومقياس الضغط هو لحقن السائل على



ضغط ١٢٠ مليمتر من الزيبق فقط إذ فوق هذا الضغط قد يحدث تمزيق القنوات
بعد الحقن مباشرة يجب المبادرة بعمل الراديوجرافى أو الفوتوراديوجرافى من $\frac{1}{2}$
إلى $\frac{1}{3}$ ثانية وذلك للخوف من حدوث انقباضات رحمية تقذف السائل المحقون إلى
الخارج وعند المشاهدة ترى كل التغيرات المرضية سواء فى الرحم أو القنوات فيشاهد
تحول الرحم عن موضعه وسعته وشكله وكذلك سعة وضيق الانابيب أو انسدادها



شكل (٢)

علاج ضخامة البرستاتة بواسطة اشعة X

نقلا عن عدد مارس سنة ١٩٢٦ من مجلة C. Guilbert & R. D. Gavillard
(Urol. and Cut. Rev.) فانهما اعطيا تقريرا عن علاج ٤٥ حالة ضخامة البرستاتة
بواسطة اشعة X من مدة ٤ سنوات فكانت النتيجة كما يأتى ٣٤ شفوا بالتعرض
مرة واحدة فقط و ٦ بعد دفعتين وفى حالة واحدة امتنع فيها المريض عن تعرضه
دفعة ثانية لم يشاهد أى تحسين و ٣ اجريت لهم العملية بعد أول علاج وواحد
انتكس مدة العلاج وبعض الحالات حدث بها التهاب مثانى لداعى عدوى المثانة
لان عضلها كان ضعيفاً ولكن ذلك ليس له دخل فى علاج الاشعة ويقول صاحبا
الفكرة ان تعرض البروستاتة للاشعة من اهون العلاجات وليس به أى ضرر فقط
يجب ان يكون العلاج مبكراً ولاجل منع الانتكاس يجب تقليل ضغط الدم ولمنع
العدوى بالمثانة يجب غسلها من الداخل بالمطهرات واعطاء فاكسين

ح . ك

ضرر محلول برومور الصودا
المستعمل فى اظهار اشعة المثانة

يقول B. Ottow نقلاً عن عدد اول مايو سنة ١٩٢٦ عن مجلة
(Zeniralbt. f. Gynäg) ان ٢٥ ٪ من محلول برومور الصودا هو المحلول
الذى حل الآن محل الكولارجول Collargol لاظهار المثانة بالأشعة ولكن
كثيرون من الكتاب اظهروا ضرر هذا المحلول على المثانة حيث حدث منه كثيراً
بول دموى والتهابات كلوية ومثانية ووصف Ottow حالتى التهاب مثانى شديد
بعد حقن ٢٠٠ س . م من محلول برومور الصودا بنسبة ٢٥ ٪ فالحالة الاولى فى
سيدة عمرها ٤١ سنة كان عندها ورم ليفى بالرحم وبعد عمل اشعة المثانة بهذه الطريقة
حدث لها انحباس بولى اولا ثم صار البول شحيحاً لمدة ٤ أيام

ح . ك

(انافيلاكس) زيادة الحساسة بعد اعطاء المصل

نقلا عن Journ. Amer. Med. Assoc. Jan. 9th 1926 ث. ا استيوارت

شاهد سبع حالات انافيلاكس بعد اعطاء المصل فى اطفال كانوا قد تحصنوا بالمصل المضاد لتسمم الدفتريا . فالحالة الاولى حدثت فى طفل اخذ المصل الواقى للتتانوس بعد ان كان قد اخذ المصل المضاد للدفتريا من مدة سنة — وخمسة آخرين اصيبوا بالانفلاكس وقد كانوا تحصنوا للحمى القرمزية بمصل الاستربتوكوك المضاد للقرمزية من مدة ٨ الى ١١ شهر . والحالة السابعة حدثت بعد اعطاء المصل المضاد للدفتيريا بعد ان كان قد اخذ هذا المصل من مدة ثلاثة شهور مضت . وبالرغم عن انه لم تحدث أى وفاة فى هذه الحالات السبعة فيقول استيوارت بوجوب اتباع الحيطة فى الأطفال الذين سبق لهم اخذ المصل المأخوذ من الخيل . على ان Larson قد اقتبس اخيرا طريقة للحصانة ضد الدفتيريا بدون المصل انظر الى (Epitome Oct. 1925 para 282. B.M.J.) ويظن استيوارت ان هذه الطريقة ستكون نجاحاً عظيما فى سبيل منع هذه الحوادث

علاج الاجهاض المتكرر

نقلا عن (Zentralbl. f Gynäk April 10th 1926)

يقول الدكتور نوفاك Novak ان سيدتين سليمتين من الامراض اختبر دمهما هما وزوجاهما بطريقة فازرمان وكانت سلبية فى الجميع . اجهضتا خمسة أو ستة دفعات متواليات فى الشهور الاولى للحمل ولكن فى الحمل الأخير اعطى لهما كعلاج مقدار صغير جداً وهو ٢٠ نقطة فقط من سائل يودور البوتاس بنسبة ٥ . و . فى المائة كل يوم مرة واحدة و ٢ حبات من حبوب بلود Blaud فكانت النتيجة انه لم يحصل اجهاض لهما وولدتا بعد تمام مدة الحمل طفلين سليمين كذلك اتبع نفس العلاج مع سيدتين اخريين ولم يحدث لهما اجهاض ظننا ان سبب نجاح العلاج هو لداعى وجود حالة زهرية كامنة الا ان نوفك يقول ان السبب لابد ان يكون لنقص افرازى فى بعض الغدد العديمة الأقنية خصوصاً الغدة الدرقية

علاج العنة باليوفنين

للدكتور محمود فريد

كثيراً ما يعرض للطبيب مسألة العنة Impotence فيشغل باله علاجها وتعيى حيلته فى إصلاح اختلال الجهاز التناسلى الذى يصيب الرجال بدرجة مؤلمة ولايخفى بحال من الاحوال ماللطبيب من التأثير على نفسية المريض Psychotherapie فى شفاء تلك العلة وأهمية ذلك فى فن العلاج . غير انا لانستطيع بغير شك أن نغمط الدواء حقه فى حل تلك المعضلة فاذا لجأ الطبيب للعلاج الدوائى وجد أمامه أصنافاً عديدة من الأدوية المجهزة يحار فى أيها يقع اختياره عليه وقد يتفق أن يكون المريض قد جرب الكثير منها قبل التجائه للاستشارة الطبية .

ظهرت لى أفضلية اليوفنين Juvenin على غيره من العقاقير العضوية Organothérapie واليوفنين عبارة عن ميتيل زرنيخات الاستركنين وميتيل زرنيخات البوهمبين فنرى فى ذلك المركب اتحاد ثلاثة عقاقير هامة وهى الزرنيخ والاستركنين والبوهمبين ولا شك أن جمع تلك العقاقير الهامة فى مركب واحد فكرة راجحة صائبة فمعلوم أن الزرنيخ هو أحسن مقو للجسم على وجه عام والاستركنين يقوى الانعكاس العصبى والبوهمبين يؤثر مباشرة على الأوعية الدموية لأعضاء التناسل فتتسع وبتمددها تزداد كمية الدم الواردة إليها وفي هذا الحين تتأثر المراكز العصبية فى النخاع العصعصى Sakralmark فيحصل فيه الانعكاس العصبى المطلوب ويترتب على ذلك الانتصاب Erethion ولا جرم أن البوهمبين هو أقوى الجواهر الاقرباذينية المحرضة للشهوة الطبيعية aphrodisiac فاذا اتحد هذا المركب بالزرنيخ والاستركنين

استمر تأثيره زمناً طويلا وما كنت لأصل بالحقن بالبوهميين وحده إلى نتائج مرضية فتأثيره وقتى وبالعكس من ذلك اليوڤنين فنتائجه سارة

والطريقة التى أتبعها فى العلاج باليوڤنين هو أن أبدأ بالحقن يومياً عند من قويت بنيتهم وإلا فيوم بعد يوم حتى الى عشرة حقن فآمر المريض بأخذ خمسين حبة من اليوڤنين حيث يتناول عادة منها ثلاث حبات فى اليوم فاذا انتهى المريض من تناولها اختتمت العلاج بمباشرة عشر حقن كما بدأت

وأنى مورد ثلاث مشاهدات ظهر فيها تأثير اليوڤنين بدرجة حسنة بنوع خاص

المشاهدة الاولى : الشيخ م . ع مزارع فى الخامسة والاربعين من عمره ممتلىء الجسم قوى العضلات عريض البناء العظمى متزوج له ولدان وبنت يشكو العنة وفقد الشهوة للجماع منذ ثمانى سنوات libido والفحص الطبى لم يظهر أى تغيير مرضى (بتالوجى) لحق أعضاء التناسل . عولج باليوڤنين و بعد الانتهاء من العشر حقن الاولى شعر المريض بالميل إلى الجماع وتمكن من مباشرة زوجه بعد انتهاء العلاج ومنذ سنة وأعضاء التناسل تؤدى وظيفتها الطبيعية دون أى عارض .

المشاهدة الثانية : م . و بك مزارع فى الثانية والاربعين من عمره نحيف طويل القامة مصاب بروماتزم قطني Lumbago من نحو خمسة عشر سنة ويشكو المريض العنة منذ ثلاثة أعوام وقد عولج المريض بالدياترمى Diathermie فأدى العلاج إلى نجاح باهر حيث زالت آلام الظهر تماماً غير أن حالة الارتخاء لم تتغير بعد لحقن المريض باليوڤنين و بعد مباشرة الحقنة السادسة شعر المريض بشهوة الجماع ثم عاد المريض إلى بلده وكتب لى عن سروره من نجاح العلاج

المشاهدة الثالثة : ع . ج موظف سنه احدى وثلاثين عاماً مصاب بالسفلس Syphilis من خمسة أعوام وتفاعل فازرمان ايجابى شديد Wassermann وأجرى

وقتئذ العلاج الخاص إلا أنه كان ناقصاً والمريض مصاب بعنة منذ عامين وقد ساقته آلام معدية شديدة esastralgein الى استشارتى و بعد أن عولج بالنيوسالفرسان Neosalversan مع مركب برموتى ميزرول Mesurol والتدليك بمركب زئبقى وبعد انتهاء العلاج الخاص فحص الدم فكان تفاعل فازرمان سلبياً وزالت آلام المعدة تماماً وتمكن المريض من تناول جميع الاطعمة دون أن يشعر بألم أو عدم ارتياح إلا أن حالة العنة لبثت كما كانت عليه قبل مباشرة العلاج فحقن باليوهمبين و بعد نهاية العلاج عادت الوظيفة الطبيعية لأعضاء التناسل

وإنى أكتفى بما أوردت من المشاهدات لاظهار فضل اليوهمبين على غيره من العقاقير وعسانى أن أكون بلغت فى مقالى الموجز هذا ما يبعث غيرى من الزملاء الأفاضل للادلاء بتجاربهم فى هذا الموضوع

علاج إلتهاب البريتون الدرنى بالأشعة بعد البنفسجية

باختصار عن Journal des Praticiens أبريل سنة ١٩٢٦ صفحة ٢٧٣

استعمل دجوى وكلافلين الأشعة وراء البنفسجية فى ثمان حالات التهاب بريتونى درنى لها من شهرين إلى ستة شهور لم ينفع فيها علاج دوائى أو جراحى وكانت النتيجة الشفاء فى سبع حالات . واستعمل في العلاج مصباح زئبقى قوة ١٥٠٠ شمعة وضع على مسافة متر من المريض واستغرقت الجلسة الاولى خمس دقائق ثم زيدت بالتدريج إلى ساعة وانقصت المسافة وكانت مدة العلاج نحو ٢٠ جلسة

شذرات عن The Journ. Amer. Med. Association

علاج الانكلستوما بالجليسرين

عالج شلى ٢٢ حالة انكلستوما بالجليسرين بناء على أنه إذا أعطى بكميات كافية للاحاطة بالديدان فى مقرها فانه يمتص ماءها dehydrate و بهذه الطريقة يقتلها

والعلاج كالآتى : يمضى المريض يوماً على غذاء سائل ويعطى في الماء ٣٠ جرام سلفات المانيزيا وفى صباح اليوم التالى يعطى من ١٠ الى ٢٠ سم٣ من الجليسرين ثم ٣٠ جرام أخرى من سلفات المانيزيا فى مساء اليوم نفسه

ومزايا هذه الطريقة أن لاخطر منها مطلقاً

علاج حمى البول الاسود بسيانور الزئبق

يرى كارداماتس أن سبب Blackwater Fever نوع من الاسپيروكيت Spirochate ولذا فهو يعالجها باستعمال سيانور الزئبق حقناً في الوريد بمقدار ١٠ر٠ جرام يوماً بعد آخر ويجب تجنب استعمال الكينين

استعمال الانسولين في التسمين

استعمله الدكتور موتيير فى ٢٣ حالة نحف شديد نجحت جميعاً ماعدا ست حالات وبلغت الزيادة في الوزن إلى كيلوجرام فى الاسبوع الاول ووصلت إلى ٧ كيلوجرامات بعد ثلاثة شهور وقد بدأ بخمس وحدات أنسولين مرتين فى اليوم قبل الأكل لمدة اسبوعين ثم زادها الى ٣٠ وحدة فى اليوم ويجب أن يحتوى الطعام على كربو ايدرات بنسبة ٣ جرام لوحدة الانسولين

استعمال كاكوديلات الصودا فى علاج الملاريا يوليو صفحة ٩٦

ذكر مورفى أنه يعطى مقدار $\frac{1}{2}$ جرام الى جرام كل ست ساعات يوميا حقنا في الوريد لمدة ٤ أيام بعدها يعطى نصف المقدار لمدة اسبوعين . وهو لايقول بابطال إستعمال الكينين بل ينصح باستعمال كاكوديلات الصودا فى حالات الملاريا الشديدة التى تستدعى علاجا سريعا وكذلك فى الحالات التى لايوافقها استعمالها الكينين

Stovarsol فى علاج الملاريا والديسنطريا الأميبة يوليو صفحة ٢٠٢

يرى Bass ان الاستوفارسول مفيد في علاج Tertian Malaria [١] ولكنه غير شاف فى quartan malaria [٢] . وذكر هورسون نتائج حسنة فى استعماله فى الديسنطاريا الأميبية بمقدار ½ جرام ثلاث مرات يوميا بالفم مع غسيل تولونى بكمية من ٤ الى ٨ لتر محلول فسيولوجى من ملح الطعام يتبعه بكمية من ½ فى الألف من محلول الكروم الزئبقى

علاج الملاريا المزمنة اغسطس صفحة ٤٤٩

ذكر Waldrop نتائج حسنة فى عدة حالات ملاريا مزمنة استعمل في علاجها berberin [٣] مع الكينين فكان يعطى البالغين إلى ١٠ أقراص فى كل منها ⅕ جرام سلفات البربرين يومياً وفى أثناء نوبة الحمى يعطى ¼ جرام سلفات الكينيدين حقناً فى العضلات وكان يكرر هذا لمدة ١٠ أيام او يعطى ⅓ جرام أقراص الكينيدين مرتين فى اليوم

علاج توكسيميا واكلمسيا الحمل بالحقن الوريدى بسلفات المانيزيا

يوليو صفحة ٢٣٩

يرى ماكنيل وغيره أن حقن ٢٠ سم ٣ من محلول ١٠ ٪ سلفات المانيزيا حقنا وريدياً مفيد فى حالات توكسيميا الحمل فانه يخفض ضغط الدم ويقلل الاذيما ويزيد افراز البول ويخفف الاعراض الاخرى وكذلك فى حالة اكلمسيا الحمل فانه يزيل التشنجات فى كل حالة تقريباً ويؤثر تأثيراً حسناً فى أعراض الاكلمسيا الاخرى ويكرر الحقن كل ساعة حتى تزول جميع الاعراض

---

(١) الملاريا المثلثة (٢) حمى الربع (٣) البربرين شبه كلوى من شجرة اليارباريس

شذرات عن Deut. Med. Wochenschrift يوليو صفحة ١١٢٠ و ١٢٧٢

ذكر Plechn وصفاً تاماً لاحدى عشر حالة قرحة معدية واثنى عشرية عالجها بنقل الدم الى المريض بكميات من نصف لتر إلى لتر فشفى منها ٩ حالات شفاءاً تاماً ليس من الانيميا المصاحبة عادة لهذا المرض فقط بل من جميع أعراضه ومتاعبه

وذكر Grohner ٥٢ حالة استعمل فى علاجها Novoprotin حقنا فى الوريد بنتيجة حسنة فقد زالت الآلام وتحسنت حالة المريض العمومية وأظهر الفحص بالاشعة تأثيراً طيبا ولكن حصل انكاس فى بعض الحالات ولم تكن النتيجة كما يجب فى الحالات المزمنة

زغيب ميخائيل
مفتش صحة سيوه

لاجل معالجة ' بيلهارزيا ' وسائر العلل
التي كانت تعالج بالتارتار ايميتيك

المارکة **'نيوستام'** المسجلة

استيبامين غلوكوسيد

TRADE **'NEOSTAM'** MARK
Stibamine Glucoside

(نيتروجين – غلوكوسيد الصوديوم .P – امينوفينيلستيبينات)

' نيوستام ' مركب جديد من الانتيموني اخترعه وصنعه برّوز ولكم وشركاوهم وهو عبارة عن مسحوق يكاد لا يكون له لون يذوب حالا فى الماء ويدوم اذا اريد حفظه كالجديد في قارورة اي قنينة صغيرة من الزجاج مختومة بصورة محكمة وبهذا المحلول تحقن عروق البدن .

ثم ان ' نيوستام ' يجرب الآن في السريريات اي محل معاينة المرض ويستعمل في جميع حالات المرض التي كانت تعالج الي يومنا هذا بواسطة تارتار ايميتيك فشوهد منه نتائج حسنة وفوائد مستحسنة للغاية في ' كالا آزار ' (كما شرح ذلك في الصفحة ٢٤ من المجلد الستين من جرنال ايندیان مديكل غازت في سنة ١٩٢٥) والمقدار اللازم للتطهير و التنقية هو ٤ غرامات لكل مائة پاوند (الپاوند اي الرطل الانكليزي هو ١٤٤ درهما) من وزن الجسد يتناول في نحو ١٢ كرعة في ظرف شهر.

ومن جملة الامراض التي تحتاج الي المداواة بمادة ' نيوستام ' مرض بيلهارزيا (شيستوصوميازيس) واوريانتال صور (دملة الشرق) وغير ذلك من العلل التي فيها ' ليشمانيازيس '

' نيوستام ' يباع في قزايز صغيرة مسدودة سدا متينا محكما

الثمن في لندن للاطباء شلن ولفف لكل زجاجة تسع ٠،٠٥ غرام وشلن و ٩ پنس للتي تسع ٠،١ غرام و شلينان اثنان للتي تسع ٠،٢ غرام و ٣ شلينات و نصف للزجاجة التي تستوعب ٠،٥ غرام و ٦ شلينات للتي تحتوي على ١ غرام واحد .

برّوز ولكم وشركاؤهم فى لندن

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 150

پپیرازین میدی

حبيبات فواره

ضد كل اعراض التهاب المفاصل



النقرس - الحصوات

الروماتيزم

المغص الكلوى

الرمل الكلوى

الرمل الصفراوى الكبدى

طريقة الاستعمال

الاحوال الحادة ٣ - ٦ ملاعق قهوة فى اليوم مذابة فى نصف كوب ماء ويخفض اخذها بعد ذلك بمدة

الاحوال المزمنة ١ - ٣ ملاعق قهوة فى اليوم مدة خمسة عشر يوما من كل شهر ويستعمل لمدة بضعة اشهر

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

مرهم واقماع ميدى

اوربينالين قابض

العلاج الناجع للبواسير الداخلة والخارجة

ومضاعفاتها



البواسير

التشقق

حالة المستقيم ... الخ

طريقة الاستعمال

المرهم - يستعمل فى الصباح والمساء قبل وبعد التبرز

الأقماع - ١-٢ قمع فى الصباح قبل التبرز وفى المساء عند النوم

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

SYNERGIE NOUVELLE

REGULATRICE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE
ET DE SES CONSÉQUENCES

عدم تكافؤ الاوردة ونتائجها



PROVEINASE MIDY

COMPRIMÉS

أقراص بروڤيناس ميدى

2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

المقدار من ٢ — ٦ أقرص في اليوم

دواعى الاستعمال

ارتخاء جدران الأوردة — الدوالى — الجروح الوريدية — البواسير — التهاب الأوردة — أوزيما وريدية — تصلب الأوردة — الحالات الاحتقانية المتنوعة — احتقان الكبد — احتقان البروستاتا — احتقان الرحم والمبيض — الضعف — الاضطرابات الناشئة من سن اليأس والمراهقة

الوكيل العام بالقطر المصرى
المسيو فيكتور ماتيه بالاسكندرية

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette angue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد التاسع نوفمبر ١٩٢٦ NOVEMBER 1926 السنة التاسعة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م . مصر ٢٤٠٢ ـ ٢٦

An ENGLISH-ARABIC DICTIONARY
of Medicine, Biology and the Allied Sciences.

قاموس انجليزى عربى
فى العلوم الطبية والطبيعية

طبع المطبعة الاميرية

معجم للاصطلاحات والمفردات المستعملة فى الطب ، التشريح. علم وظائف الاعضاء. الجراحة. القبالة. المادة الطبية. أمراض: النساء — الاطفال. العيون . الاعصاب . الجلد . الطب الشرعى . علوم النبات . الحيوان . الكيمياء. الطبيعة الكهرباء . علم حفظ الصحة . الصيدلة . الخ

يطلب من المؤلف : الدكتور محمد شرف

عضو كلية الجراحين الملكية بانجلترا ومجاز الطب من كلية الاطباء الملكية بلندن وجراح بمستشفى الملك



هيمو
جلو بين
دشيان
حديدى حيوى
عناصر الدم
المؤكدة
معالجة الدم بالدم

مستعمل فى عموم مستشفيات باريس وموصوف من أكثر من ثلاثين الف طبيب . يستغنى به عن اللحم وعن الحديد

الشراب — كل ملعقة كبيرة تحتوى على جرامين ونصف من الهيموجلوبين الحيوى ويؤخذ ملعقة كبيرة من هذا الشراب قبل الطعام أو بعده مرتين فى اليوم وفى أحوال فقر الدم الشديد يمكن مضاعفة هذه الكمية

معمل دشيان — فى باريس بشارع بول بودرى نمرة ٩

تطلب الاستعلامات والعينات من : —

« فيكتور ماتيه » نمرة ١٠ شارع فؤاد الاول باسكندرية

حقن لانتول كوتيريه روديوم كولوديال المكهرب

لعلاج : ذات الرئة ـ الانفلونزا ـ التهاب اللوزتين ـ والتيفويد — والروماتيزم ـ وتسمم الدم ـ والتهاب الأمعاء ـ والتهاب البروتون والمسن والتهاب المبيضين ـ والتهاب السحايا ـ والتدرن ـ والحمى المتقطعة أو الملاريا ـ

هذه الحقن المشار اليها سريعة الفعل و بدون ألم

حقنة امبول بمقدار ٣ سنتيمتر مكعب

كبسول ومحلول مركز — مقدار الحقن :

حقن تحت الجلد ـ بين العضلات أو بين الاوردة ـ من ١ لغاية ٦ سنتيمتر مكعب كبسول من ٢ لغاية ٨ كل يوم

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى

سنتها عشرة شهور

العدد التاسع | نوفمبر سنة ١٩٢٦ | السنة التاسعة

ملاحظات عن تشخيص اسباب التشنجات

فى الأطفال وعلاجها

للدكتور ابراهيم شوقى

أما التشنج نفسه فلا يحتاج الى وصف ولا يخفى على الطبيب وغير الطبيب ، وكثيرا ما تكون التشنجات عرضية سليمة العقبى وكثيرا ما تكون علامة منذرة بالخطر الشديد على حياة الطفل أو نموه العقلى — أسبابها كثيرة وقد شرحها حضرة الدكتور نجيب بك قناوى فى عدد المجلة الخاص بامراض الاطفال واريد فى هذه النبذة أن آتى على بعض ملاحظات عملية فى تشخيص أسباب التشنجات اكلينيكيا و بعض ملاحظات على علاج كل نوع منها .

وقد يظهر التقسيم الآتى لتقريب التشخيص التمييزى غريبا الى حدما فهو لا يستند الى أسباب باثولوجية ولكنه كما سيتضح للقارىء تقسيم عملى ومفيد فى معرفة السبب المحتمل للتشنج

(ا) التشنجات التى تحصل للطفل فى الأسبوع أو الأسبوعين الأولين من حياته

(١) نزيف داخل الجمجمة

(٢) تشنجات تسمى أولية غير معلوم لها سبب Idiopathic Convulsions

(٣) تشنجات تسممية أى من تسمم الجسم بتوكسين ميكروبى Toxic

(ب) التشنجات التى تبدأ فى الثلاثة أشهر الأولى

(١) فى الغالب تكون من النوع الأولى السابق ذكره

(٢) فاذا كانت التشنجات قد بدأت فى الأسبوع الأول واستمرت. فالراجح أن تكون نتيجة حالة مرضية شديدة داخل الجمجمة كنزيف أو نقص خلقى فى تكوين المخ الخ

(ج) التشنجات التى تحصل فيما بين الشهر السادس ونهاية السنة الثانية وهى اكثر أنواع التشنجات فى الأطفال

(١) المزاج التشنجى Spasmophilia

(٢) تشنجات عرضية أى مصاحبة لدور الهجوم أو لاشتداد مرض ميكروبى حاد كالحميات والتهاب السحايا والزهرى الوراثى والتهاب الرئة

(د) التشنجات التى تحصل لأول مرة فى الأطفال الذين عمرهم يزيد على السنتين

(١) الصرع Epilepsy

(٢) تشنجات الانفعال والهستريا Emotional Convulsion, Hysteria

(٣) أورام المخ Tumours of the Brain

(٤) اذا كانت التشنجات مستمرة منذ الأسابيع الأولى فهى تدل على حالة مرضية خلقية بالمخ كنقص التكوين والشلل التقلصى للأطفال الخ Congenital Defects, Spastic Paralysis

(ا) التشنجات التى تحصل للطفل فى الأسبوع أو الأسبوعين الاولين من حياته

(١) النزيف داخل الجمجمة وتظهر أعراضه بعد الوضع بقليل غالبا فى

اليومين الأولين وقد لا تظهر حتى اليوم الخامس وتكون التشنجات فى عضو واحد كالذراع مثلا أو فى شقة من الجسم أو تكون عامة ومن علامات النزيف خلا هذه التشنجات تيبس الأطراف أو ارتخاؤها بين أدوار التشنجات ويكون اليافوخ مشدودا من ازدياد الضغط داخل الجمجمة والتنفس يكون غير منتظم وسريع ولا يقوى الطفل على الصراخ ولا الرضاعة من الثدى واذا عمل بذل للنخاع يكون السائل مدمماً ويحصل النزيف غالبا فى حالات الولادة العسرة واكثر ما يصيب الذكور، وقد يحصل فى الولادات المعجلة والولادات قبل الميعاد . وتتميز التشنجات التى تنشأ عن النزيف عن غيرها التى تصحب التسمم التوكسينى فى الحديثى الولادة خلاف ما ذكر من العلامات بعدم ارتفاع الحرارة ونظافة اللسان وعدم وجود اعراض معدية أو معوية .

العلاج يبزل النخاع بزلا متكررا لمنع ازدياد الضغط داخل الجمجمة مع اعطاء حقن من دم من ١٠ الى ٢٠ سنتيمترا فى عضلات الألية تعمل بسحب المقدار اللازم من وريد شخص سليم البنية فى حقنة ركود بها سنتيمتر واحد من محلول سترات الصودا ٢ ٪ وتحقن مباشرة فى عضلات الية الطفل وينصح بعض الجراحين بعمل فتح الجمجمة وازالة الجلطة الدموية وهى عملية قد لا تقل خطرا على حياة الطفل من العلاج الغير جراحى

(٢) التشنجات الأولية Idiopathic

تسمى كذلك لأنها غالبا حميدة العقبى ولا يعلم لها سبب باثولوجى وتحصل غالبا في الذكور فى نهاية الأسبوع الاول من حياتهم أو بعد ذلك بقليل وتكون في الأول قصيرة بعيدة ما بين الأدوار ثم تزداد شدة وتتواتر ومن مميزاتها عما سبق وصفه من التشنجات (تشنجات النزيف داخل الجمجمة) أن لا يكون هناك تيبسا ولا ارتخاء فى عضلات الطفل بين الأدوار ولا علامة من علامات ارتفاع الضغط داخل الجمجمة كما انه لا يصحبها علامات التسمم التوكسينى مثل الحمى

ووساخة اللسان والأعراض المعدية المعوية ويكون الطفل بين أدوار التشنجات طبيعيا فى كل شىء يرضع جيدا و ينام هادئا الخ .

العلاج ـ هيدرات الكلورال Chloral Hydrate ـ يكاد يكون علاجا نوعيا a Specific لهذه التشنجات ويعطى بمقدار قمحة (أو قمحة ونصف الى قمحتين) كل ساعتين حتى تنقطع التشنجات لاربعة وعشرين ساعة ثم يقلل المقدار بالتدريج أو تطال المدة بين المقادير . واوفق تركيب لأعطاء الكلورال للأطفال هو شراب الكلورال دستور الفرنساوى . ويحتوى على قمحة فى كل عشرين نقطة وطعمه مقبول جدا أما الشراب الانكليزى فانه أقوى أربعة أضعاف وطعمه غير مقبول وتعطى النقط من الشراب فى فم الطفل من القطارة مباشرة

(٣) تشنجات تسممية Toxic Convulsions أى نتيجة تسمم الجسم بتوكسين ميكروبى وتحصل فى هذه السن للاطفال كما تحصل فى أى وقت بعدها وتكون التشنجات مصحوبة طبعاً بالاعراض الاخرى للتسمم التوكسينى كالحمى ووساخة اللسان والاعراض المعدية المعوية الخ وأكثر ما يكون التسمم التوكسينى فى حديثى الولادة ناشئاً من :

تشنج أو تسمم من جرح الحبل السرى

الحمره Erysipelas

النزلات المعدية المعوية

التيتانوس

العلاج يختلف باختلاف السبب ولا داعى لشرحه هنا

(ب) التشنجات التى تحصل فيما بين الاسبوعين الاولين والثلاثة أشهر الاولى

(١) تشنجات أولية Idiopathic وسبق شرحها

(٢) تشنجات نتيجة حالة باثولوجية شديدة فى المخ وتبتدىء غالباً عقب الوضع

وتستمر من آن لآخر ثم تتضح علامات أخرى ناشئة عن الحالة المرضية بالمخ كالشلل النصفى Hemiplegia أو شلل الاطراف Diplegia أو ضعف عقلى شديد Idiocy أما التشخيص التمييزى فمبنى أولا على عدم وجود اعراض تسممية وأن هذه التشنجات تتكرر رغما عن اعطاء المقادير الكافية من هيدرات الكلورال ثم تظهر بعد قليل من الزمن علامات أخرى نتيجة الحالة المرضية الناشىء عنها التشنجات تجعل التشخيص واضحاً وذلك مثل تيبس طرف أو شقة من الجسم أو ارتخائها وعدم مقدرة الطفل على القعود أو الوقوف فى السن المناسبة أو تأخره تأخراً كبيراً فى الكلام وتمييز الاشياء والاشخاص الخ أى علامات الضعف العقلى أو العته

العلاج — لا يمكن منع حصول التشنجات فى مثل هذه الاحوال كما لا يمكن تكييف مقدار ماقد يظهر من الاضرار الاخرى الناتجة من الحالة المرضية فى المخ وعلى ذلك فالانذار دائما مشكوك فيه وينبغى قبل كل شىء التأكد من عدم وجود اصابة زهرية وراثية قد تكون هى المسببة أو على الاقل المهيأة لحصول المرض

(ج) التشنجات التى تحصل فيما بين الشهر السادس ونهاية السنة الثانية

(١) وتكون هذه فى اغلب الحالات نتيجة المزاج التشنجى Spasmophilia واليه يرجع السبب فى حصول التشنجات للأطفال فى الجمع الأكثر من الحالات التى تشاهد فى العيادات

أما المزاج التشنجى هذا فمعناه زيادة الحساسة فى الجهاز العصبى فيكون الرد الأنعكاسى للمهيجات أكثر بكثير من المتوسط الطبيعى بمعنى أن المهيج الذى قد لا يحدث سوى ململة وصراخ فى طفل سليم قد ينشأ عنه تشنج أو جملة تشنجات متواترة فى الطفل ذى المزاج التشنجى وكثيرا مايصحب هذه الحالات علامات واضحة لمرض الكساح حتى صار يقرن به فى اكثر الكتب وكان الاعتقاد بان المزاج التشنجى ينشأ من تأثير مرض الكساح فى الجهاز العصبى . والراجح الآن

ان المزاج التشنجى هذا قد يظهر مستقلا تماما عن الكساح فقط أن التغيرات الغذائية Metabolim التى ينشأ عنها المرض الاخير قد ينشأ عنها أيضاً حالة المزاج التشنجى ويظن بعض الباحثين أن هناك نوعان من الكساح أحدهما المسبب عن نقص فى امتصاص املاح الجير وهذا يصحبه المزاج التشنجى وتكون التغيرات فى العظام فيه قليلة ونوع آخر يتسبب عن نقص فى امتصاص املاح الفسفور وهذا لا يصحبه اعراض المزاج التشنجى وتكون التغيرات فى العظام فيه شديدة واضحة على أنه يلاحظ بوجه عام أن الحالة العصبية المذكورة لا تكون ظاهرة الا فى الأطفال ذوى الوراثة العصبية وينبغى دائما أن لا ننسى فى مثل هذه الحالات تأثير الزهرى الوراثى فى ظهور مرض الكساح وشدة وطأته وأن التغذية الصناعية من أعظم المسببات لظهور هذا المرض أيضا مع ما يصحبه من المزاج التشنجى

أما ظواهر حالة المزاج التشنجى فتكون اما

(١) تشنجات موضعية

في المزمار Laryngo Spasm

تقلص الأطراف — الراحتين والقدمين Carpopedal Spasm or Tetany

(٢) تشنجات عامة Convulsions

تبدأ هذه التشنجات عادة من تفاعل انعكاسى لمهيج قد يكون بسيطا جدا كالأمساك أو وجود ديدان بالأمعاء أو ارتفاع متوسط فى الحرارة لسبب ما أو انزعاج أو خوف شديد الخ وقد يخفى السبب المهيج لها فى بعض الأحيان

وقد يبقى تقلص موضعى فى الأطراف فيما بين أدوار التشنجات أو يعترى الطفل من آن لآخر تشنج فى المزمار وفى هذه الحالات يكون تشخيص حالة أو سبب التشنجات واضحا.

وقد لا يبقى أثر ما فيما بين أدوار التشنجات وفى هذه الحالة يمكن الاستعراف على وجود حالة المزاج التشنجى اما بالفحص الكهربائى لمعرفة مقدار حساسة

الأعصاب للتيار أو بالكشف عن علامة شفوستك Chvostek وهى مبنية على وجود زيادة في حساسة عصب الوجه للمهيجات الميكانيكية فاذا قرع قرعا خفيفا بطرف الأصبع على الصدغ تحت عقد الصدغ Zygomatic Arch فان العضلات الصغيرة لنصف الوجه تتقلص بسرعة ووضوح . هذه العلامة لها قيمتها فيما بين الشهر السادس ونهاية السنة الثانية على أنى لاحظت وجودها فى الأطفال العصبيين بعد ذلك السن بكثير مع عدم وجود أى علامة من علامات المزاج التشنجى

والخلاصة أن الكثرة الجارفة من حالات التشنجات فى الأطفال تقع ما بين الستة أشهر الأولى والسنة الثانية من عمرهم وانها فى الأغلبية العظمى تكون مظهرا من مظاهر المزاج التشنجى ويصحبها علامات الكساح وعلاج هذا المرض (الكساح) وشفاؤه يعقبه فى أغلب الأحيان انقطاع التشنجات

العلاج أولا فى حالة حصول التشنجات وتواترها

(١) تفرغ الأمعاء (والمعدة اذا لزم) مما فيها بحقنة شرجية ثم بالمسهلات المسبوقة بمقدار من الزئبق الحلو

(٢) يعالج ارتفاع الحرارة بالكمادات وغيرها

(٣) اعطاء المسكنات وأقواها الكلورال والبرمور أما من الفم أو الشرج أو من الاثنين معا

(٤) زيادة الحموضة فى الدم حيث ثبت لبعض الباحثين أن من الأسباب المهيجة لحصول التشنجات زيادة قلوية الدم ولاجل ذلك يوصى بعضهم باعطاء مقادير كبيرة من كلورور الكالسيوم Calcium Chloride ولكن يندر جدا أن نجد طفلا يتحمل جهازه الهضمى المقادير الكبيرة التى يوصى بها بعضهم وقد وجدت أنه يمكن الوصول الى نفس النتيجة المرغوبة باضافة مقادير صغيرة من حمض الكلوريدريك المخفف Acid. Hydroch. Dil, الى غذاء الطفل مثلا توضع

نقطتان أو ثلاثة على كل بزازة من هذا الحمض المخفف دستور انكليزى أو اعطاء نفس المقدار فى ملعقةماء قبل كل رضعة طبيعية

ثانيا — لمنع تكرر التشنجات

العلاج هو علاج الكساح — اعطاءمركبات زيت السمك والفسفور والجير وتعريض الطفل للهواء والشمس (أو الأشعة البنفسجية الصناعية) الخ

(٢) التشنجات العرضية التى تصاحب دور الهجوم فى كثير من الحميات كالالتهاب الرئوى والقرمزية والتهاب السحايا الخ. عند ما تبدأ هذه فجأة بارتفاع كبير فى الحرارة (فوق الأربعين مثلا) فى الأطفال خصوصا ذوى الوراثة العصبية منهم .

الغالب أن تتواتر هذه التشنجات فى اليوم أو اليومين الأولين لهجوم المرض كحالات الالتهاب الرئوى والتهاب اللوز الخ وقد تستمر التشنجات مدة المرض كله كحالات الالتهابات السحائية وخراج المخ والأورام داخل الجمجمة

وقد لا تظهر التشنجات الافى الدور الأخير للمرض كالالتهابات الرئوية الشعبية والنزلات المعوية والدسنطاريا الحادة الخ وفى هذه الحالات يسوء الأنذار جدا وينتهى المرض غالبا بالموت .

هذه التشنجات قد تحصل فى الأطفال الغير مصابين بالمزاج التشنجى كما تحصل فى المصابين به ويصعب حينئذ الجزم فيما اذا كان الطفل من ذوى المزاج التشنجى أم لا والأعتماد فى ذلك يكون باستظهار العلامات الأخرى للمرض المذكور فى الطفل أو فى تاريخه السابق ويمكن القول بوجه عام أنه كلما كانت الأسباب المهيئة لحصول التشنجات غير شديدة كأن تكون الحرارة متوسطة الأرتفاع مثلا وكلما كثر حصول هذه التشنجات من أسباب غير قوية كلما ترجح اصابة الطفل بالمزاج التشنجى .

العلاج المسكن منه لحالة التشنج لا يختلف عما سبق وصفه فى حالات المزاج التشنجى سوى أنه لم يثبت فى الحالات الأولى حصول زيادة فى قلوية الدم فلا داعى حينئذ لأعطاء الأحماض أو الأملاح الحمضية التى تزيد حمضية الدم

أما العلاج المانع لتكرر التشنجات فيختلف طبعا باختلاف المسبب لها مثلا الدسنطاريا تعالج بالسيروم والتهاب السحايا ببزل النخاع الخ

(د) التشنجات التى تعترى الطفل بعد الطفولة الأولى أى فى السنة الثالثة

(١) الصرع Epilepsy

وهو يعترى الأطفال فيما بين السنة الرابعة والثامنة من عمرهم ويسبقه فى كثير من الأحيان الصرع الأصغر Petit Mal وقد تستمر أعراض الصرع الأصغر هذا فى الطفولة الثانية وتتناوب مع التشنجات الصرعية والوراثة من الأسباب القوية فى الأصابة بالصرع.

ومن العلامات المميزة للصرع أن الطفل يغلبه النعاس بعد أدوار التشنج ويفرز من السبيلين اثناء غيبوبته وتحصل التشنجات وتتواتر لغير سبب ما فلا يكون هناك ارتفاع فى الحرارة أو اعراض معوية ولا غيرها وقد يسبق التشنج صرخة خاصة كما فى حالات الصرع فى البالغين ولا يظهر فى الطفل علامة من علامات الكساح أو المزاج التشنجى السابق وصفه ويلاحظ أن التشنجات الصرعية تبدأ عادة فى الطفل بعد السن التى يكثر فيها حصول المزاج التشنجى

العلاج تغيير الوسط الذى يعيش فيه الطفل ان أمكن وتهدئته وتجنب كل ما يوجب الأنفعال الشديد سواء أكان مما يراه الطفل أو مما يسمعه واعطاء المقادير الكافية من أملاح البروموز مع قليل من سائل الزرنيخ بالطريقة المعلومة ويحسن أن يقلل ملح الطعام من المأكولات التى تقدم للطفل أو تمنع كلية ويمكن الاستعاضة عن البروموز فى الحالات المستعصية بالمقادير المناسبة من اللومنال Luminal

(٢) التشنجات الأنفعالية Emotional Convulsion1

تصيب الأطفال ذوى المزاج العصبى (غير التشنجى) فيكون الطفل شديد الأنفعال صلب الرأى فاذا رفض طلبه لأى شيء القى بنفسه الى الأرض وجعل يتمرغ ويرفس برجليه ويبكى بكاءا شديدا وقد يعتريه حينئذ التشنج فيقف تنفسه فجأة في دور الشهيق ويزرق الوجه ويتصلب الجسم ويتقوس وتتقلص الأطراف ثم يعاوده التنفس ولكن حالة التقلص قد تبقى مدة طويلة وهى تشبه بعض حالات التقلص الهستريا Hysterical Spasms ولا يصعب تمييزها عن الأدوار الصرعية الحقيقية من الوصف السابق .

العلاج بالطبع يكون بالمنع فقط الى حد ما أى تجعل حياة الطفل هادئة بقدر الأمكان ويتجنب احداث انفعالات شديدة فاذا كانت حالة الطفل العصبية تستدعى المسكنات لوقت ما فيحسن اعطاء مركبات الجير والفسفور مع قليل من الزرنيخ وفى الحالات الشديدة يعطى البرومور لبضع أسابيع ثم يستعاض عنه بالمركبات السابق ذكرها .

(٣) التشنجات التى تحدث عن حالة مرضية شديدة أو نقص خلقى فى المخ

مثلا الأورام المخية وتصلب المخ Sclerosis وضؤوله Degeneraiion الخ

أما حالات الأورام المخية فتتميز بتاريخ قصير يبدأ بصداع أو ألم شديد فى الرأس ثم يعقب ذلك قىء متواتر وبغير سبب ظاهر ثم تشنجات موضعية أو عامة ثم فقدان البصر وشلل فى أعصاب الجمجمة Cranial Nerves وقد تتمدد الجمجمة من تجمع السائل النخاعى بكثرة فى داخلها .

ويندر حصول الأورام قبل السنة الثالثة واكثر ما تكون هذه الأورام درنية ومركزها المخيخ

أما فى حالات الضمور الخلقى أو نقص فى تكوين كرة الدماغ Cerebrol Hemispheres

فان التشنجات عادة تحدث فى الأسابيع الأولى لحياة الطفل وقد تكون بعيدة فيما بين بعضها وقد تتواتر ولا تمضى السنة الأولى أو الثانية حتى تظهر أعراض أخرى توضح التشخيص مثل ارتخاء أو تيبس فى الأطراف أو شقة من الجسم وتتضح تدريجيا علامات الضعف العقلى أو العته

جدول بالتشخيص التميزى للتشنجات فى الأطفال انظر الصحيفة الآتية .

جدول للتشخيص التمييزى للتشنجات

السن عند حصول التشنج	حرارة	اعراض معدية معوية	أعراض بالجهاز المحرك	أعراض أخرى	المرض المسبب للتشنج
الأسبوع الاول	غير موجودة	لا يقدر الطفل على الرضاعة	ارتخاء او تيبس فى الاطراف	اليافوخ المقدم مشدود ـ تنفس سريع غير منتظم علامات اختلال الدورة الدموية ـ بذل النخاع يعطى سائلا مدمما	نزيف داخل الجمجمة
من اسبوع الى ثلاثة أسابيع	غير موجودة	غير موجودة وتكون حالة الطفل طبيعية فيما بين التشنجات	غير موجود وحالة الطفل طبيعية فيما بين التشنجات	غير موجود	تشنجات اولية Idiopothic
فى أى سن	مرتفعة	غالبا موجودة ـ قئ وامساك أو اسهال	غير موجودة	علامات تقيح موضعى كالحمرة والخراج والتهاب نخاع العظم الخ او اعراض معوية كانتفاخ شديد او تعفن فى الافرازات الخ كذلك قد تظهر علامات الأمراض المعدية ذات الطفح كالحصبة والقرمزية والغير مصحوبة بطفح كالتهاب الرئة والتيفود الخ	تسمم توكسينى مثل التعفن المعوى او الحمرة الخ أو مرض ميكروبى حاد كالتهاب الرئة والتيفود وبفحص الطفل لمعرفة ذلك بالطرق المعلومة
من ستة أشهر الى سنتين	غير موجودة او مرتفعة قليلا	مختلفة وقد تكون شديدة وقد تكون غير موجودة بالمرة	زيادة حساسة الاعصاب للتهييج الكهربائى أوللقرع مثل علامة سفوستك	تهييج التشنجات وقد تتكرر لاسباب ضئيلة ويصحب الحالة فى الغالب علامات الكساح ويمكن الاستدلال على علامات المزاج التشنجى من تاريخ المريض مثل حصول تشنج بالمزمار او تقلص الاطراف	المزاج التشنجى
			تيبس أو ارتخاء بالاطراف	التشنجات كانت تحصل فى الاسابيع الاولى ـ ضعف عقلى ـ زيادة فى الرد الانعكاسى للركبة	شلل الطفل التقلصى Infantile Spastic
من السنة الثالثة فما فوق	غير موجودة	غير موجودة	غير موجود	ادوار تشنج تتكرر من غير مهيج واضح غيبوبة بعد الدور افراز من السبيلين ـ وراثة عصبية واضحة	صرع Poralysis
			شلل فى بعض أعصاب الجمجمة	قئ متواتر ـ صداع ـ فقدان البصر	ورم داخل الجمجمة

ملاحظات عن أسباب وعلاج التهاب المثانة

نقلا عن المجلة الجراحية البريطانية عدد يوليو سنة ٢٥ بقلم كرنس

هناك حقائق كثيرة تثبت أن المثانة تقاوم العدوى الالتهابيـة . وقد أثبت روفزنج Rofsing أن حقن ميكروبات متهيجة Veriolent فى المثانة الطبيعية لم يحدث التهابا بها وقد أورى Sarton وغيره وجود ميكروبات التهابية Pothojenic فى بول أناس مجرى بولهم طبيعى - وزيادة على ذلك فهناك من الادلة الاكلينيكية ما يؤيد ذلك مثل قلة حصول التهاب المثـانة بعد ادخال آلات بها اذ لم نشاهد فى قسم أمراض مجرى البول فى مستشفى لندن أية حالة لعدوى التهاب المثانة فى الخمس سنوات الاخيرة يمكن اسنادها الى مرور المنظار المثانى رغم أنه استعمل فى اكثر من ٣٠٠٠ حالة اثناء هذه المدة وعلى ذلك فمن الواضح أنه لابد لحصول التهاب فى المثانة أن يكون هناك عامل آخر زيادة على وجود الميكروبات .

والغرض من هذا البحث هو الوصول الى معرفة حقيقة أسباب التهاب المثانة والوصول ان أمكن الى تقسيمها بطريقة تفيد فى الوقوف على أسبابها وعلاجهـا . ويمكن تلخيص نتيجة ذلك البحث كما يأتى :—

يوجد نوعان من التهاب المثانة اكلينيكيا احـدهما ما يشفى ذاتيا أو بمعالجة بسيطة والآخر ما يصير فيه المرض مزمنا وقد وجـد أن معظم هذه الحالات المزمنة يكون سببه اما عدوى مستمرة من الكلى أو وجود بول راكد بالمثـانة ولم يدع الكاتب أن هذا أول بحث من نوعه ولكن وجد أن اتباع هذا الطريق مفيد فى تفهم ومكافحة الالتهاب المثانى وممن ايدوا فكرة وجود وتأثير العدوى المستمدة من الكلى للمثانة الجراح كد Kid بينما أن كورتى Curtls أورى أهمية ركود البول فى احداث الالتهاب المثانى فى النساء وأيد Chauld هذين الرأيين

ويظهر أن الكتب لم توضح هذه الحقائق حين اذاعتها فى شرح طويل عن التهاب المثانة الحمضى والقلوى وتأثيرها الباثولوجى وميكروباتها الخ . .

ظهر لنا مما شاهدناه فى مستشفى لندن أن الاسباب الحقيقية لعدوى المثانة لا تزال غامضة على كثير من الاطباء وأن وضوحها متوقف على النظر اليها من وجهة اختلال وظيفتها

احصاء

دل احصاء حالات مستشفى لندن مع استثناء

١ — حالات التهاب المثانة الدرنى

٢ — التهاب المثانة الناشىء عن مهيجات كيماوية

٣ — بربور المثانة Purpure

٤ — التهاب حوض الكلى الغير مصحوب بتغيير مثانى كثير

٥ — حالة التهاب مثانى قاعدى بسيط مع عدم وجود ميكروبات أو صديد وأورى فيها بحث المنظار وجود افراز اكثر قليلا من الطبيعى كما يحصل فى حالات الحمل وسقوط المثانة وأمراض البروستاتا اذ تشاهد فيها الاوعية المثانية فى الجزء المثلث Trigone ممتلئة والافراز منفصل أما ما يشاهد فى حالات الالتهاب المثانى فهو افراز متصل .

وبعد استثناء هذه الحالات السالفة تبقى ٨٦ حالة هى حالات التهاب مثانى حقيقى شخص ٨٣ منها بالمنظار وواحدة بشق فوق العانة وفى حالتين اثناء التشريح المرضى .

درس الحالات بكتريولوجيا

وجد صديد فى بول جميع الحالات وكان باسيل القولون اكثر الميكروبات وجودا كما يرى من الجدول الآتى :ـــ

باسيل القولون فقط	فى ٤٠ حالة
باسيل القولون وباسيل Protius	فى حالتين
و باسيل Protius فقط	فى ٣ حالات
الاستافيلميكوك الاصفر	فى حالة واحدة
« « الابيض	فى ١٧ حالة
ولم توجد ميكروبات قط	فى ٩ حالات
	٧٢

ولم يعمل بحث بكتريولوجى فى ١٤ حالة وفى ٣٥ حالة أو ٤١ / من المجموع ثبت اكلينيكيا أن عدوى المثانة ثانوية لعدوى الكلى فى الحوض الكاوى وفى باقى الحالات لم يمكن التأكد من منبع العدوى. وكانت بعض حالات التهاب المثانة البسيط مصحوبة بالتهاب بروستاتى ولكن العلاقة بينهما لم تكن واضحة

اكلينيكيا

أمكن تتبع ٧٦ من ال ٨٦ حالة وقد أورى درس هذه الحالات أنها مكونة من نوعين

١ — الحالات المتماثلة للشفاء ٢١ حالة شفيت جميعها فى بحر ستة أسابيع أو أقل مع معالجة بسيطة مثل نترات البوتاس والسوائل

٢ — الحالات المستعصية ـ فى ٥٥ حالة ظهر تحسن ولكن بغير الوسائل البسيطة المذكورة ومضى على كثير منها أكثر من سنتين وفى حالتين أعقب التهاب المثانة التهاب كاوى حوضى ووفاة وبعد البحث عن أسباب تلك النتائج (الحالات المتماثلة للشفاء والمستعصية) وجد أن فى جميعها (ماعدا حالة واحدة) قرحة وحيدة فى المثانة نتيجة احدى السببين الآتيين أو كلاهما معاً

الاول — عدوى مستمرة من الكلى

الثانى — أو أن المثانة قبل العدوى كانت مختلة العمل

علاقة احتباس البول بالتهاب المثانة المزمن

لم تكن المثانة فى هذه الحالات قادرة على طرد البول بأكمله اذ كان دائماً يتبقى منه جزء وكان ذلك راجع الى عدة أسباب ففى ٥٥ حالة التهاب مثانة أزمنت كان السبب فى ٣٠ منها بقاء جزء من البول (احتباس البول الجزئى) ومظهر المثانة وحالتها الاكلينيكية اختلفت تبعاً لدرجة الاحتباس ومدته ويمكن تمييز ثلاثة أنواع

١ — النوع المميت Fulminative

٢ — النوع المزمن الشديد

٣ — النوع المزمن البسيط

أسباب الاحتباس البولى	حالة
١ — اصابة النخاع الشوكى	١
٢ — ارتخاء المثانة مسبب عن مرض نخاع شوكى قديم	١
٣ — حصاة بالمثانة	١
٤ — جيب بالمثانة Diverticulum	٢
٥ — تضخم بالبروستاتا	٣
٦ — ضيق مجرى البول	٢
٧ — ضيق مجرى البول وجيب مثانى وحصاة	١
٨ — ضيق مجرى البول وارتخاء مثانى	٢
٩ — ضيق مجرى البول وتضخم مثانى	١
١٠ — ضيق مجرى البول وبلهارسيا المثانة	١
١١ — سقوط مثانى	١٤
١٢ — احتباس بولى بدون سبب معروف	١
	٣٠

النوع المميت Progressive

التهاب المثانة المتزايد شوهد فى أشده عندما حصلت العدوى فى مثانة تبين انه حصل فيها احتباس بولى حاد وشوهدت حالتان من هذا النوع وحصلت الوفاة فى كلتيهما

الحالة الاولى ـ رجل عمره ٤٢ سنة سقطت على رأسه زكيبة وحصل له كسر مع خلع فى العمود الفقرى وقطع فى النخاع الشوكى فى مستوى الفقرة الصدرية الثالثة وحصل له احتباس بولى وكانت تعمل له قسطرة كل يوم فى اليوم الثانى والثالث والرابع ومرتين فى الخامس وفى اليوم السادس كان البول مدمما وثبتت القسطرة وغسلت المثانة مرارا وتوفى المريض فى اليوم الحادى عشر من مرضه واورى التشريح المرضى وجود التهاب مثانى تقيحى دموى حاد والتهاب كلوى حوضى متصاعد وتسمم دموى زيادة عن اصابة النخاع

الحالة الثانية :ـــ سيدة عمرها ١٨ سنة كانت تشكو من ضعف وخمول وسلس فى البول وقبل دخولها المستشفى بثلاثة أيام حصل لها هذيان ونوبات تقلصية وكانت المثانة تحس اعلا العانة ببوصة وشخصت الحالة التهابا مخيا نخاعيا وحصل لها غيبوبة ووفاة واورى الفحص التشريحى ان الوفاة تسببت عن تسمم بولى اعقب التهاب الكلى المتصاعد وكان بقاعدة المثانة حصاة صغيرة منحشرة فى عنق المثانة مما سبب احتباس البول وتنكرزاً فى الغشاء المخاطى فى مساحة مقابلة لموضع الحصاة وكان باقى المثانة فى حالة التهاب تقيحى دموى شديد

وفى كلتا الحالتين اللتين تمثلان مرضاً مختلفا كان العامل الاول فيهما احتباس البول الذى سبق وهيأ الالتهاب المثانى مما أعقبه التهاب كلوى حوضى متصاعد مميت

الالتهاب المثانى المميت قد يضاعف أى نوع من الاحتباس الحاد ولكنه عادة يرى فى الحالات (الغير مصحوبة باعراض مثانية) (والتى لم يسبب فيها الاحتباس الحاد أى مضايقة) فى ناحية المثانة (وربما كان عدم وجود تلك المضايقة سببا فى اهمال هذه الحالات)

وفى بعض الاحوال (كما حصل فى ٩ حالات) قد لا يلتفت الطبيب الى المثانة المتمددة لاصطحابها بسلس فى البول

وتحول الحالة من احتباس بولى بسيط الى التهاب مثانى مميت يحصل دائما بدون سابق انذار اذ ان الاعراض المميزة لاتبدأ الا بعد حصول الالتهاب الكلوى الثانوى وأول هذه فى العادة حمى وخمول وضمور فى العضلات Waistine وشحوب واسهال والم فى احدى القطنين و بالاسف فان هذه الاعراض لاتظهر الا وقد قطع الامل تقريبا من الشفاء نظرا لما يكون قد حل بالكلى من التلف الدائم مما يجعل الموت مؤكدا

والفحص المنظارى يجب تلافيه فى مثل هذه الحالات نظرا لان المثانة فى حالة هشة ومن السهل ثقبها .

وعلى ذلك يكون تشخيص وعلاج مثل هذه الحالات غير مجد ولكن يمكن منعها لو اعتبرت كل حالة تمدد فى المثانة مهما كانت اعراضها خفيفة فى حاجة الى الاسراع بالعلاج ولا نكون مبالغين اذ قلنا بضرورة الاسراع فى تفريغ المثانة المتمددة وزيادة على ذلك فيجب منع تجمع البول حتى تعود المثانة الى حالتها الطبيعية وان لم يمكن عمل ذلك كما يجب بواسطة القسطرة فيجب الاسراع بعمل شق فوق العانة

النوع المزمن الشديد

الالتهاب المثانى المزمن الشديد يشمل نوعه جميع الحالات التى اورى فيها المنظار المثانى علامات التهاب شديد فى جميع غشائها المخاطى مع عدم وجود فارق بين الجزء المثلث من المثانة وباقيها ويكون داخل المثانة بشكل قطيفى منتشر خال من الثنايا والارتفاع بين الحالبين Interureteric bar وضيق فى فتحتى الحالبين مما يجعل رؤيتها صعبة احيانا كأن ترى أنزفة تحت الغشاء المخاطى وبالاخص حول عنق المثانة كما انه كانت ترى مواد صديدية فى المثانة خصوصا فى قمتها وكان مظهر هذه المواد خاصا بالاحوال التى ازمن فيها الاحتباس مما جعلنا نسميها التهابا مثانيا

Shofgy وهذا المظهر يشبه مايرى فى سرطان المثانة خصوصا مع اعراض البول الدموى غير انه فى حالة الالتهاب المثانى تكون هذه المواد سميكة واكثر بياضا وخالية من الاوعية الدموية وغير ملتصقة وتتماوج فى السائل وبعد عمل غسيل مثانى انفصلت دون ان تترك اكثر من التهاب بالحائط المثانى مصطحب بالبول الدموى . واعراض هذه الحالات كالآتى . —

كان المريض فى الغالب ذكرا يشكو مدة من اعراض مثانية وازدياد فى عدد مرات التبول ليلا ونهارا ولم يخيفه فقط الا البول الدموى مما دعاه لاستشارة الطبيب والبول عكر ويحوى كثيرا من الخلايا الميتة قلويا .

ويوجد دائما بول راكد في الغالب اكثر من ١٥٠ س . م والمثانة تحس فى أعلا العانة وتحتاج المثانة لغسيل مدة نصف ساعة حتى يمكن رؤية داخلها بالمنظار وفى العادة لا يمكن رؤية ذلك قبل تكرار الغسيل عدة أيام ويدخل ضمن هذا النوع ١١ حالة سبق حصول اعراض مثانية مختلفة فيها جميعها وكان البول الراكد موجودا فى كل حالة وكان هو السبب فى التهابها المزمن الشديد ومن أهم دواعى وجود هذا البول الراكد ضيق قناة مجرى البول ووجود جيوب مثانية ومرض بالنخاع الشوكى وتضخم البروستاتا كما يرى فيما يأتى : —

الحالة الثالثة — ضيق قناة مجرى البول . جيب بالمثانة . التهاب مثانى مزمن

مريض عمره ٦٥ سنة كان مصابا بالسيلان سنة ١٨٩٤ وفى سنة ١٩١٩ حصل له احتباس حاد نتيجة حصاة مندغمة خلف ضيق مجرى البول وقد عمل له توسيع فى الضيق واستخرجت الحصاة بطريقة التفتيت وفى سنة ١٩٢٣ عاد له الضيق وعمل له قطع داخلى بقناة مجرى البول ودخل المستشفى سنة ١٩٢٤ يشكو من ألم في التبول وازدياد فى عدد مراته ودم بالبول وكان البول يحوى كمية كبيرة من الصديد وبالزرع أورى وجود باسيل بروتيس واورت الاشعة وجود ثلاث حصوات اثنتان

منها داخل جيبين ووجد عدد من حصوات البروستاتا وعند عمل فحص المنظار المثانى وجد زيادة عن التهاب المثانة عدة جيوب ليست عميقة بجوار المثانة وواحد منها فقط وجد عميقا والبول الراكد كان نحو ٦٠س.م وعند عمل العملية استخرجت الحصوات بشق فوق العانة وعملت درنقة المثانة وعمل غسيل مثانى يوميا لمدة أسبوعين وبعدها ترك الجرح ليلتئم وعند خروجه من المستشفى كان تبوله عاديا ولم يكن عنده بول راكد واحس بتحسن لم يشعر به من قبل .

الحالة الرابعة — مريض عمره ٦٧ سنة كان عنده سيلان في سنة ١٨٨٤ وبعد ست سنوات من ذلك التاريخ عمل له شق مجرى البول وفى سنة ١٩٢٤ حضر لقسم أمراض المجارى البولية يشكو من ازدياد فى عدد مرات التبول ودم بالبول منذ سنة وقد وجد عنده ضيق فى قناة مجرى البول وعمل له توسيع أورى الفحص المنظارى اثناءه وجود التهاب مثانى وكان البول الراكد من لتر الى ١٢٠٠ س.م ولم يوجد بالبروستاتا تضخم كما أنه لم يشاهد به أمراض عصبية ولا يمكن نسبة وجود البول الراكد المتزايد بعد عمل التوسيع الا الى ضمور فى المثانة المتمددة وقد أيد ذلك عدم انكماش المثانة عند ما كان بها ٣٠٠ س . م فقط اذ وجد جدارها المخاطى منثنياً للداخل وعود المريض على عمل القسطرة بنفسه وغسل المثانة مرة فى الاسبوع وتحسن كثيرا بعد ذلك .

الحالة الخامسة — ضيق بقناة مجرى البول و بلهارسيا قديمة بالمثانة والتهاب مثانى متقدم

رجل عمره ٤٣ سنة أصيب ببلهارسيا المثانة فى جنوب أفريقيا سنة ١٩٠١ وبعدها بسنتين أصيب بسيلان وفى سنة ١٩١٣ ابتدأ يشعر بوجود دم فى البول فى بعض الاحيان وازدياد فى عدد مرات التبول لدرجة اضطرته لان يحمل

مبولة وفى سنة ١٩١٩ عمل له توسيع لضيق بقناة مجرى البول وقد تحسنت حالته بذلك ولكنه لم يشف واستمرت مرات التبول متزايدة وعاد البول الدموى فى سنة ١٩٢١ وادخل المستشفى .

ولم يعثر فى بوله على بويضات ولكن زرع البول أورى وجود باسيل القولون وأورى فحص المنظار تورما واحتقانا بغشاء المثانة المخاطى وكانت المثانة منقبضة وبها نحو ١٠٠ س . م بول راكد .

وبعد ثقب المثانة من شق فوق العانة اخذ فى غسلها يوميا وبعد شهر تركت الفتحة لتلتئم وأخرج المريض من المستشفى متحسنا كثيرا

وكان هناك حالتان آخريان لالتهاب المثانة المتزايد الشديد وضيق بقناة مجرى البول يطابق وصفهما فى الحالات السابقة فقد كان يوجد بول راكد ناشىء عن اجتماع سببين فأكثر ففى أحدى الحالتين كان الضيق مصحوباً بارتخاء جدار المثانة والبول الراكد ٣٠٠ س م والآخر كان عنده ٤٥٠ س م بول راكد وكان مصاباً بضيق منذ عدة سنوات وزاد عليه تضخم البروستاتا وتحسنت كلتا الحالتين بالتوسيع والقسطرة وغسيل المثانة .

وشوهد التهاب المثانة المتزايد فى حالتى تضخم بروستاتى فى احداهما كان البول الراكد ٦٠٠ س م وبعد استئصال البروستاتا تحسنت حالة المثانة وشوهد المصاب بعد عمل العملية وكان بوله عندئذ رائقاً وتبوله عادياً ولم يكن عنده بول راكد

والحالة الثانية لتضخم البروستاتا تورى كيف ان الصديد والميكروبات فى حالات التهاب المثانة الاحتباسى تتجمع فى الجزء الراكد من محتويات المثانة و بذا تزيد الالتهاب

الحالة السادسة تضخم بروستاتى والتهاب مثانى متزايد

رجل عمره ٤٩ سنة كان يشكو من عسر فى التبول وازدياد فى عدد مراته من مدة ١٨ شهرا وكان حضر من مدة سنة لقسم أمراض المجارى البولية وتحسن نوعاً بتفتت حصاه ولكن ازدياد مرات التبول استمر وكان مصاباً بالسيلان من ١٤ سنة قبل ذلك وتبول ٢٤٠ س م بولا معتما ووضع له المنظار وانزل ٢٤٠ س م أخرى من البول الراكد وكان البول الآخر مختلفاً تماماً عن الاول اذ كان مصفرا وسميكا وعند تركه لبضع دقائق رسب نصفه بشكل صديد وأورى غشاء المثانة التهاباً عاماً وعدداً من الخيطان فى غشاء عنق المثانة وكان فصا البروستاتا متضخمين كثيراً .

ويلاحظ مثل ذلك عند عمل شق فوق العانة لاحتباس البول الناشىء من تضخم البروستاتا المصحوب بالتهاب مثانى اذ يرى البول الخارج من فتحة فى الاول رائقاً ثم يتبع ببول مشبع بالصديد مما يشير الى ان الصديد والميكروبات تكثر فى المثانات التى لاتفرغ نفسها تماماوحتى عند ماتفرغ المثانة نصف محتوياتها مثل الحالة السادسة فان انقباض المثانة الشديد الذى يحصل فى مثل هذه الحالات غير كاف لخلط محتويات المثانة حتى ان الجزء الراكد ربما ظل أياماً بها بالرغم من تكرار مرات التبول وهذا البول الراكد المتشبع بالصديد يصبح مركزاً لعدوى المثانة المستمر ومن هنا تظهر أهمية غسيل المثانة في التهاب المثانة الاحتباسى اذ انه بتكرار الغسيل حتى يعود السائل رائقاً يستخرج البول الراكد بأكمله .

وكان هناك حالتان لجيوب مثانة مصحوبة بالتهاب مثانى شديد وكانت فتحة الجيوب فى كلا الحالتين فى قاع المثانة خلف فتحة الحالب ويظهر ان موضع فتح الجيوب ذا أهمية لانه قد شوهد أيضاً حالات متعددة لجيوب مثانية بقمة المثانة غير مصحوبة بالتهاب مثانى ولعل ذلك ناشىء عن ان جيوب القاع دائماً تحوى

بولا راكداً يعقبه التهاب مثانى بعكس جيوب القمة التى لاتحوى بولا راكداً ولذا لا تصطحب بالتهاب مثانى ولو وقف الانسان على رأسه بدل رجليه لكانت جيوب القاع غير مضرة وربما أفاد تغيير الوضع فى علاج جيوب القاع التى لسبب ما لا يمكن عمل عملية لها

الحالة السابعة — ناسور عانى بعد استخراج حصاة بشق فوق العانة وجيب مثانى والتهاب مثانى متزايد

رجل عمره ٢٧ سنة أدخل المستشفى لوجود ناسور عانى أعقب استخراج حصاة من ستة أشهر وسبق أن عملت له عملية لسد الناسور لم تنجح وعولج بتثبيت قسطرة وغسيل المثانة ولكن القسطرة رفعت وطلب من المريض ان يحاول التبول بنفسه وفعلا حاول بشدة ولكنه لم يتمكن وفتح الناسور ثانية وبعد اعادة تثبيت القسطرة شفى الناسور ولكن عند محاولته التبول كان البول ينزل من الناسور ولذا رؤى استئصال الجيب بعملية أخرى واستدعى ذلك استئصال الجزء السفلى من الحالب الايمن وأدغام طرف الحالب فى الجزء المجاور من المثانة وتوفى المريض بعد ستة ايام من التهاب كلوى حوضى متصاعد وأورى التشريح ان النخاع الشوكى سليم وفى هذه الحالة لم تشاهد اعاقة ميكانيكية لسير البول والجهاز العصبى كان سليما ولذا فيمكن نسبة الاحتباس الى تهيج فى عضلة المثانة وتقلص فى العضلة العاصرة تسبب عن التهاب المثانة

الحالة الثامنة — تورى أن التهاب المثانة المتقدم قد يسبب احتباساً بنفسه وقد لوحظ مثل ذلك فى حالات اصابة النخاع وظهر ان التهاب المثانة المستمر لمدة طويلة مما يعرض المثانة الى عدم تفريغ نفسها تماما ولذا فيظهر أن هناك حلقة فاسدة أى أن البول الراكد يسبب التهابا فى المثانة وهذا الاخير مما يزيد فى احداث البول الراكد الذى يزيد فى حالة الالتهاب وهكذا .

والطريقة الوحيدة لقطع هذه الحلقة هى غسل المثانة غسلا جيدا

وكان هناك حالة واحدة لالتهاب مثانى متزايد نشأ عن مرض بالنخاع وهذه الحالة ذات أهمية لانها ظلت خفية حتى اتسعت معلوماتنا وثبت لنا أهمية ركود البول فى احداث التهاب المثانة وهى الآتية : —

سل قديم بالعمود الفقرى . خمول بالمثانة . التهاب مثانى متزايد

رجل عمره ٦٤ سنة كان يشكو من الم وصعوبة فى التبول وازدياد فى عدد مراته وكان ذلك لعدة سنوات اشتد سوءا فى الشهرين الاخيرين وأصيب فى شبابه بسيلان وقبل حضوره بعشر سنوات أصيب بتسوس بالعمود الفقرى وقصر بنحو ١١ سنتى وعنده الآن تقوس واضح فى الجزء الصدرى القطني من العمود وادخل منظار المثانة بدون أى صعوبة وشوهد تورم بغشاء المثانة وتضخم قليل بالبروستاتا وكان مقدار البول الراكد ١٠ س . م وسعة المثانة ١٥٠ س . م

فهذه حالة التهاب مثانى غير مصحوب لا بتضخم بروستاتى ولا بانسداد فى قناة مجرى البول وعند ما لوحظت أهمية البول الراكد بحث عن أسباب احتباس البول لم تشاهد علامات لمرض عصبى ولكن الاستقصاء أورى أنه كان مصابا بشلل نصفى سفلى عند ما كان مصابا بمرض العمود الفقرى وأن أعراض التهاب المثانة ابتدأت عندئذ وأصبحت بذلك المسألة مفهومة ففى وقت اصابته بمرض العمود حصل ضرر لاعصاب التبول فى الجزء القطني العجزى من النخاع مما أثر على انعكاسات التبول وأحدث احتباسا فى البول والتهابا مثانيا وهذه الحالة تورى فوق ذلك أن التهاب المثانة عند ما يزمن قد يقلل كثيرا من سعة المثانة .

وفى حالة واحـدة لالتهاب مثانى متزايد ظل سبب احتباس البول فيها غامضا .

الحالة التاسعة — احتباس بولى مجهول سببه التهاب مثانى متزايد

رجل عمره ٢٠ سنة دخل مستشفى لندن يشكو من سلس فى البول وكانت المثانة متمددة أسفل السرة بنحو ٥ ر٢ سنتى وكان لابسا مبولة فى الاسبوعين الاخيرين قبل دخوله المستشفى

وقبل دخوله بثلاثة أشهر كان مصابا بحمى ظن فى بادىء الامر أنها تيفويد ولكن ظهر أن هذا الظن كان خطأ أذ أن مصله لم يرسب مطلقا لا ميكروب التيفويد ولا الباراتيفويد وزالت الحمى بعد عشرة أيام ولكن فى أواخر هذا المرض أصيب باحتباس بولى استدعى عملية قسطرة مرتين يوميا لمدة اسبوع بعدها تبول من نفسه ولكن بمقادير صغيرة فى مرات متعددة وكان البول عندئذ يحوى دماوكثيرا من الراسب ولعدم العثور على سبب الاحتباس عملت له عملية الطهارة لضيق بسيط عند فتحة مجرى البول وهذه العملية لم تحسن حالته اذ استمر نزول الدم فى البول وأزدياد عدد مرات التبول وأخيراً حصل له سلس فى البول وعطش شديد وألم فوق العانة حضر بسببه للمستشفى وكان البول قلويا ويحوى صديداودما واورى بالزرع وجود باسيل بروتيس ولم توجد حصوات ولا أمراض عصبية . وثبتت له قسطرة وعمل غسيل مثانى مرتين يوميا بمحلول سيانور الزئبق ٤٠٠٠ / ١ وقد حصل فى اول الامر انسداد فى القسطرة وساءت حالته وأبتدأ يشعر بألم فى القطن الايمن وأسهال مستعص وأحيانا قىء وارتفعت حرارته الى ٣٩ وكان اللسان متسخا وناشفا . وعيناه غائرتان من علامات الالتهاب الكلوى الحوضى المتصاعد وبملاحظة القسطرة وزيادة مرات الغسيل المثانى تحسنت حالته واورى فحص المنظار بعد أسبوعين من دخوله المستشفى أحتقانا شديدا وتورما بغشاء المثانة واجساما خيطية كثيرة وبعض بقع نزفية تحت الغشاء المخاطى واستمرت القسطرة والغسيل المثانى لمدة ٣ اسابيع أخرى ظهر بعدها بالمنظار أن حالة الغشاء آخذة فى التحسن ورفعت القسطرة ولكنها كانت

توضع من يومين لعمل غسيل مثانى حتى أنعدم وجود البول الراكد وعند خروجه من المستشفى بعد شهرين من دخوله كان سليما وزالت أمراضه . وفى هذه الحالة كان البروستاتا سليما وكذا المثانة والجهاز العصبى ويظهر أن الاحتباس كان أما نتيجة الحمى او الضيق عند فتحة قنا مجرى البول والاحتباس سبق وسبب الالتهاب ودارت الحلقة لانه بعد زوال سبب أو أسباب الاحتباس بقى هو واعراضه ولعل سببه التهاب المثانة ولولم يعمل للمريض غسيل المثانة لـكان قد توفى من الالتهاب الكاوى الحوضى المتصاعد

ويحسن أن نلخص حالات التهاب المثانة المتزايد السابق وصفها فنقول . —

أن اسبابا عدة بأثولوجية سببت التهاب المثانة وفى كل حالة كان الالتهاب يسبق باحتباس بولى جزئى نتيجة اعاقة فى وظيفة المثانة مسببة عن مرض

وكلما كان من الممكن أزالة سبب الاحتباس كان الشفاء من الالتهاب المثانى تاما

وأما فى الحالات التى كانت فيها وظيفة المثانة متأثرة كثيرا فقد تحسنت حالتها بالغسيل وأتمام العلاج وفى هذه الحالات كان محدودا بعدم امكان رفع سبب الاحتباس وعدم ميلنا الى شق فوق العانة

وكانت قسطرة المثانه وغسلها مفيدة جدا فى هذه الحالات اذ أمكن تفريغ المثانة وغسلها من كل البول الراكد

ولذا فهناك ما يكفى للدلالة على أن ركود البول سبب هام فى إزمان التهاب المثانة ومن الواضح ان علاج التهاب المثانة يجب ان لا يكون عرضياً وعند ما يوجد بول راكد فى حالة التهاب مثانى يجب البحث عن سببه واستئصاله حتى تشفى المثانة وان اهمل الاحتباس فيزداد التهاب المثانة وتصبح الحالة مميتة من عدوى الكلى .

الالتهاب المزمن الخفيف

يدخل تحت هذا النوع الحالات التى يكون الالتهـاب فيها قاصرا على قاعدة المثانة ومظهرها بالمنظار يكون عادة احمراراً وتورما بغشاء قاعدة المثانة وترى فى كثير من الحالات على سطح الغشاء الملتهب مجموعة من الاكياس الصـغيرة (التهاب مثانى تكيسى) أو بثور (التهاب مثانى حبيبى) وفى بعض الاوقات ترى بقع نزفية تحت الغشاء المخاطى — والاعراض التى تصحب هذه الحالات هى ازدياد فى عدد مرات التبول. وألم فى التبول وأحياناً دم فى البول بشكل أخف كثيرا منه فى حالات التهاب المثانة المتزايد والحالة العمومية لا تتأثر كثيرا وقد أمكن معالجة جميع الحالات فى قسم المنظار (أى بدون عملية) .

وكان هناك ١٦ حالة من هذه وفى كل منها كان يوجد مرض بالجهاز البولى يمنع المثانة من اتمام تفريغ نفسها عند التبول فمثلا وجـد ضيق فى مجرى البول فى حالة منها وتضخم بالبروستاتا فى أخرى وفى الاربع عشرة حالة الباقيـة سقوط فى المثانة بسيط فى الغالب والبول الراكد يختلف مقداره من ٣٠ الى ١٠٠ س . م

وعند ازالة سبب احتباس البول فى مثـل حالتى ضيق قنـاة مجرى البول والبروستاتا يزول التهاب المثانة وفى حالات سقوط المثانة كانت الاعراض تتحسن بوضع فرزجة .

ورغما عن ذلك فقد لاقينا صعوبتين فى حالات سقوط المثانة اذ أن علاج السقوط البسيط بالفرازج لم يكن دائما منتجا اذ يظهر أن الفرازج لا تفيد كثيرا الا فى الحالات المصحوبة بسقوط فى الرحم فضـلا عن أنه لا يمكن حفظها نظيفة وان لم تغير باستمرار يحدث نزيفا مهبليا فمثلا حصل في حالة امرأة سنها ٦٧ سنة مصابة بالتهاب مثانى خفيف ان تحسنت الاعراض باستعمال الفرزجة ولـكن بعد استعمالها لمدة ستة أشهر ابتدأ يحصل لها نزيف مهبلى ولذا رفعت الفرزجة وبعـد

شهرين من ذلك عادت لها أعراض التهاب المثانة وهذه تورى الصعوبة الاولى فى استمرار منع الاحتباس والصعوبة الثانية نشأت فى كثير من الحالات لم تكن الاعراض فيها قاصرة على الجهاز البولى ففى بعضها كانت تعرض أعراض بطيئة وعصبية مثل ألم بالرأس وتهيج عصبى وخمود فكرى وألم بالقسم المعدى أو ألم عام بالبطن وشعور بسقوط فى البطن عند الوقوف وضعف عام . وقد وجد أن هؤلاء المرضى كانوا مصابين في الغالب بسقوط الاحشاء البطنية .

وتختلف هذه الحالات عن حالات سقوط الاحشاء العادى باستصحابها بالتهاب مثانى خفيف والاعراض اهمها حوضية لا شراسيفية وهى الحالات الغير مسموح فيها باستعمال الفرازج . ومن هذا يتضح ان معالجة التهاب المثانة المصحوب بسقوط مثانى قد تكون صعبة . وفى هذه الحالات تتحسن كثيرا بحقن ١٠ — ٢٠ ٪ كلارجول فى المثانة وفى حالات سقوط الاحشاء البطنية فحزام البطن مفيد ليس فقط فى معالجة سقوط الاحشاء بل وفى معالجة الاعراض المثانية وقد افاد أيضاً مزيج بروموور البوتاس فى هذه الحالات وان امكن وضع فرزجة فالشفاء مرجح وفى حالات قليلة لم يتم الشفاء وحصلت لها نكسات .

وقبل الكلام على السبب الثانى الهام فى احداث التهاب المثانة المتزايد يلزم ان ننبه الى انه ليس من الضرورى حصول التهاب مثانى فى كل حالات الاحتباس البولى فهناك بعض حالات حصل فيها احتباس بولى جزئى وشفيت من نفسها بدون معالجة هذا الاحتباس . وليس هناك شك فى ان حالات الالتهاب المثانى تشفى سريعاً بزوال سبب الاحتباس وفيما عدا الحالات التى سنذكرها الآن فان الحالات التى تزمن هى المصحوبة بركود بولى .

التهاب مثانى متزايد ناشىء عن عدوى كاوية مستمرة :

من الخمسة والخمسين حالة التهاب مثانى متزايد كان ٢٤ نتيجة عدوى الحوض

الكاوى وعلاقة العدوى الكاوية بالتهاب المثانة تظهر بوضوح فى حالات التكيس الصديدى ومن ضمن الاربعة وعشرين حالة السالفة الذكر كان خمسة منها نتيجة تكيس صديدى كاوى والحالة الآتية مثل لذلك .

الحالة العاشرة : تكيس صديدى كلوى . التهاب مثانى شديد . استئصال الكلى .

امرأة تبلغ من العمر ٢٣ سنة كانت تشكو منذ ثلاثة اسابيع من ألم شديد بالقطن الايسر وقىء وازديادفى عدد مرات التبول وكانت حالتها شديدة وحرارتها ٣٩ وكانت تحس بألم عند الضغط على موضع الكلى اليسرى وكان البول يحوى كمية كبيرة من الصديد (اورى الزرع انها نتيجة عدوى باسيل القولون) وعولجت بالاكثار من السوائل والقلويات ولكن حالتها اخذت تزيد سوءا واورى فحص المنظار التهابا مثانيا شديدا وكان كل غشاء المثانة يلتهب بشدة واوزيماوى وامكن رؤية نزول صديد باستمرار من فتحة الحالب الايسر

وعمل شق على الكلى اليسرى ووجد تكيس صديدى كبير وعندها استؤصلت الكلى وتم الشفاء و بعد ثلاثة اسابيع من العملية كان البول عاديا ما عدا أثر من الزلال والصديد واورى المنظار حينئذ وجود اثر التهاب يحيط بالجزء المثلث من المثانة ولكن بولها كان طبيعياً ونظرت المريضة بعد سنة من تاريخ العملية ولم تكن تشك فى وجود اى عرض بولى وكان البول عاديا ولذا اعتبرت شفيت .

وهذه الحالة تورى امكان حصول التهاب مثانى شديد من عدوى الكلى كما تورى ايضا كيف ان اعراض المثانة زالت بسرعة عقب استئصال اسباب العدوى

وفى التسع عشرة حالة من التهاب المثانة المتزايد المصحوب بالتهاب حوضى لم تكن العلاقة بين المثانة والكلى واضحة كهذه الحالة نظراً لان عدوى الكلى لا يمكن تتبعها جيداً دائما ولو انه فى حالات كثيرة كان هناك من العلامات

الاكلينيكية ما يدل على وجود عدوى حوضية كلوية وكان المرض بدأ بألم فى أحد القطنين مصحوبا بارتفاع فى الحرارة ورعشة وفى بعض الحالات لم يكن هناك اعراض التهاب حوضى اولى وفى حالة من هذه اورى فحص الاشعة وجود حصاة فى الكلى اليمنى مما اعتبر سبباً للعدوى وفحص المنظار كان مفيدا للغاية اذ ان استمرار وجود علامات التهاب حول فتحة الحالب تشير الى حصول عدوى بحوض الكلى المتصل بها .

وفى الحالة الآتية كان فحص المنظار هو الواسطة الوحيدة التى دلت على مركز العدوى الاولى وذلك بعد معالجة ثلاثة اشهر بدون جدوى .

الحالة الحادية عشر — التهاب مثانى متزايد . التهاب حوضى خفى .

سيدة عمرها ٢٢ سنة ترددت على قسم المجارى البولية التناسلية وكانت تشكو لسبعة اشهر سابقة من ألم فى التبول وازدياد فى عدد مراته مصحوبا ببول دموى وكانت هذه الاعراض تأتى مرة كل ستة اسابيع وتستمر اسبوعين وكان الالم اثناء التبول فوق العانة وفى طرف قناة مجرى البول ولم تكن تشكو من ألم بالقطن وكان البول يحوى صديدا ودما واورى فحص المنظار وجود التهاب مثانى بدرجة متوسطة وبقعة تقرح بين فتحتى الحالبين وبقيت المريضة تحت العلاج مدة ثلاثة اشهر بحقن — الكلارجول ٢٠ / فى المثانة وقل بذلك الالم وعدد مرات التبول ولكن لم تزل وبقى البول يحوى صديدا واحيانا دما وبعمل فحص منظار ثانى ظهر وجود احتقان وتقرح بجوار فتحة الحالب اليمنى وتبين ان باقى غشاء المثانة سليم وعندئذ حقن كلارجول بواسطة قسطرة حالب فى حوض الكلى اليمنى وفى ظرف أسبوعين زالت جميع الاعراض وصار البول رائقا .

وكان زوال التهاب المثانة فى هذه الحالة راجعا الى حقن الكلارجول بحوض الكلى وافاد هذا العلاج فى حالات التهاب المثانة الاخرى التى كان سببها الاول

التهاب حوض كاوى غير مصحوب بحمل أو حصاة أو تكيس مائى كاوى

وفى بعض الحالات كان حقن الـكلارجول فى المثانة كافيا لحصول الشفاء وربما كان ذلك راجعا الى دخول الـكلارجول بهذه الطريقة الى حوض الـكلى اذ اثبت فولـكر انه فى بعض الحالات امكن العثور على الـكلارجول فى حوض الـكلى بعد حقنه فى المثانة

ومما ذكر يمكن القول بانه فى بعض الحالات قديكون الالتهاب المثانى ناشئا عن عدوى كلوية

تقرح وحيد بالمثانة

سبق ان ذكرنا انه ضمن الخمسة والخمسين حالة التهاب مثانةمتزايد. حالة لايمكن نسبتها لا الى احتباس بولى ولا الى عدوى كلوية وكانت هذه الحالة تقرحا وحيدا بالمثانة وهذه مثل للنوع الغريب من التهاب المثانة غير معروف تفسيره الى الآن

الحالة الثانية عشرة — يهودى عمره ٣٥ سنة حضر لمستشفى لندن في سنة ١٩١٥ يشكو منذ سنة من ألم فى التبول وازدياد فى عدد مراته مع دم بالبول فى بعض الاحيان. وفى ابتداء المرض اعتراه افراز من قناة مجرى البول لمدة ثمانية أيام ولـكنه لم يعد ثانية ووجد صديد بالبول ووجد بالفحص بالمنظار أن الجانب الايسر من البروستاتا كان متضخما وبالفحص بالمستقيم أمكن أن تمس الحويصلة المنوية فوجدت متضخمة ولم تور الاشعة شيئا وشخصنا الحالة التهابا بروستاتيا وحويصليا ولم يستمر المريض على المعالجة وفى سنة ١٩١٧ حضر ثانية بنفس الاعراض ووضع على غسيل للجزء الخلفى من قناة مجرى البول لمدة ثلاثة أشهر ولما تحسنت حالته لم يتم العلاج وفى يناير سنة ١٩٢٢ كان يحضر للعيادة أوقاتا متقطعة وكان لايزال تحت العلاج وقت كتابة هذا (يناير سنة ١٩٢٥) ولا يزال يشكو من أزدياد فى عدد مرات التبول (مرتان دم بالليل وكل نصف ساعة بالنهار) وفى آخر التبول يشعر بألم

فوق العانة و يعتريه فى آخر البول مرة كل ستة أشهر مصحوبا بازدياد فى الالم وعدد مرات التبول ولم يشعر مطلقا بألم فى موضع الكلى وفحص الكلى لم يور مرضا واعطى بحث وآزرمان نتيجة سلبية والبول يحوى خيطانا وصديدا و كرات دم حمراء والزرع سلبى ولم يمكن العثور على ميكروب السل ولايوجد بول راكد وسعة المثانة ١٥٠س م وعند ما تمتلىء المثانة يشعر بالم ودم بالبول وكان الدم يأتى من قرحة قطرها س م واحد اعلافتحة الحالب الايمن وقاعدة التقرح حمراء وحوافيه حادة والغشاء المخاطى المحيط به سليم والبروستاتا متضخم قليلا والغشاء الثانى المغطى له اوزيماوى ومحتقن وباقى غشاء المثانة وفتحة الحالب سليمة

وهذه القرحة رؤيت بفحص المنظار منذ ثلاث سنوات عدة مرات ولم يزد حجمها كما انها لم تتحسن بأى علاج وإن كانت الاعراض تتحسن بحقن كلارجول ٢٠ / فى المثانة وكان المريض يطلب هذا النوع من العلاج دائما

الملخص

١ — من البحث السابق ذكره يتضح أنه يمكن تقسيم حالات التهاب المثانة الى نوعين (١) النوع الذى يشفى بسرعة إما من نفسه وإما بمعالجة بسيطة (التهاب المثانة البسيط)

(ب) النوع الذى يزمن (التهاب المثانة المتزايد)

٢ — طريق العدوى الميكروبية فى النوع الاول غير معروفة تماما ولو أنه فى بعض الحالات تكون العدوى مؤكدة من الكلى وفى أخرى ربما كانت من البروستاتا وتبقى حالات غير معروف سببها .

٣ — الازمان فى التهاب المثانة يحصل من عدة أسباب وفي حالات نادرة تكون من قرحة وحيدة بالمثانة غير معروف سببها وفي معظم الحالات تكون

اما نتيجة عدوى مستمرة من الكلى أو بول راكد بالمثانة .

٤ — وجود عدوى مستمرة بحوض الكلى قد لا يعطى علامات اكلينيكية وهنا تظهر أهمية الفحص بالمنظار وان عولجت جيدا عدوى الحوض يشفى التهاب المثانة بسرعة

٥ — كل نوع من الاحتباس البولى عرضة لان يسبب التهابا بالمثانة من النوع المتزايد وعلاج هذا النوع يتوقف على درنقة المثانة جيدا اما طبيعيا أو بطرق صناعية وغسل المثانة فى هذه الحالات مفيد للغاية .

٦ — عند حصول التهاب مثانى فى حالة احتباس حاد صعب الملافاة يكون هناك خطر من حصول تكيس صديدى بالكلى والحوض وهذه مضاعفة مميتة ولكن لوحظ أن كل حالة احتباس بولى يجب معالجتها بسرعة علاجا شافيا حتى يمكن تلافى حصول التكيس الصديدى الكاوى المتصاعد الذى يخافه كثيرا الجراحون الآن ويلزم التنبيه الى أن عملية درنقة المثانة المتمددة اسهل بكثير من فتح خراج حوضى .

٧ — وأخيرا فان التهاب المثانة ولو أنه يعتبر وحدة اكلينيكية الا أنه دائما يحصل ثانويا لآفة أخرى بالجهاز البولى ويجب أن يعالج بدقة بعد البحث عن مهماته وأسبابه من فحص جميع الجهاز البولى بحثا مستوفيا وعند معالجة هذه الاسباب فقط يزول التهاب المثانة من نفسه .

تفشى مرض الكساح بين الاطفال

ببلدة أبنوب

للدكتور كامل يعقوب

مفتش صحة مركز فوه

أول ما يسترعى نظر الطبيب الذى يمارس مهنته ببلدة أبنوب عاصمة أحد مراكز مديرية أسيوط هو كثرة حالات الكساح بين أطفالها لدرجة غير عادية. فقد وجدت ستة وستين طفلا مرضى بالكساح بين مائة طفل عرضهم أهلوهم على لامراض مختلفة. وكانت سن هؤلاء الاطفال تتراوح بين تسعة شهور وثلاث سنوات وأمراضهم كما هو مبين بالجدول الآتى :

المرض	عدد الحالات
كساح بدون مضاعفات	٨
كساح واسهال	١٥
كساح ونزلات صدريه	١٧
كساح وضعف	٢٠
كساح وأكزيما وأمراض جلدية أخرى	٥
كساح واسقربوط	١
أمراض أخرى	٣٤
المجموع	١٠٠

وأول ما وجه نظرى بصفة خاصة لتفشى هذا المرض أنه جاءت لاستشارتى سيدة فى الثلاثين من عمرها ولما سألتها أجابت أنها لا تشكو شيئا و إنما هى كلما وضعت طفلا واستكمل هذا الطفل العام الاول من حياته مرض بالكساح و بقى متمرضا حتى تدركه الوفاة . وقد مات لها على هذا النحو سبعة أطفال وهى فى هذا الوقت حامل فى الشهر الثانى وجاءت مبكرة فى الاستشارة وقبل أن تضع طفلها حتى لا يكون نصيب هذا الطفل الموت أيضاً . وقالت أنها لم تهمل العناية باطفالها بعد ولادتهم ولم تقصر في أستشارة الاطباء والعمل بما يشيرون به عليها من دواء وغذاء ومع ذلك فان كل هذه العناية لم تمنع النتيجة المحزنة وهى موت أطفالها السبعة بداء واحد وهو الكساح وما ينشأ عنه . وكانت هذه السيدة سليمة البنية خالية من الامراض الوراثية وغير الوراثية وعلى شيء من التعليم والدراية بامور تربية الاطفال وغذائهم . وحينئذ خطر لى أنه لابد من وجود سبب رئيسى خلاف سوء التغذية يدعو لتفشى هذا المرض بين الاطفال

والذى يدعو للدهشة بادىء ذى بدىء هو أنه توجد بلدة أخرى تدعى بنى رزاح ملاصقة لابنوب تماماً ومع ذلك فان نسبة الاطفال المصابين بالكساح قليلة جدا فى البلدة الاولى بالنسبة للثانية . ومما يوجب زيادة الدهشة أن أهالى أبنوب اكثر يساراً واوفر تعليماً من أهالى بنى رزاح الذين بينهم الفقر والميل للشر والاجرام . ولكن يسار أهالى أبنوب وخوفهم على ثروتهم من أشرار بنى رزاح جعلهم يبنون منازلهم ملاصقة لبعضها وفى وسط البلدة ويخشون السكنى فى الاطراف الخلوية حتى انحصرت المساكن فى منطقة ضيقة بين جسر البحر من جهة وبين مساكن بنى رزاح من الجهات الاخرى . ومن هنا نشأ السبب فى كثرة حالات الكساح فى أبنوب فانك أذا سرت فى كثير من شوارعها وجدتها عبارة عن أزقة ضيقة لايزيد عرضها عن متر واحد وجدت البيوت المسكونة من طبقتين أو ثلاثة ترتفع على جانبيها ووجدت هذه الازقة ملتوية وطويلة ومتعرجة ، على كل زقاق بوابة تقفل أثناء الليل . ويتفرع من هذه الازقة دروب اكثر منها ضيقا وتعاريجا . وأول ما يلفت

النظر هو عدم وجود أشعة الشمس الى تلك الازقة وبطبيعة الحال الى البيوت . فضلا عن أن تصاعد التراب خصوصاً فى فصل الصيف مما يحول دون نفوذ الاشعة فوق البنفسجية . والى ذلك يرجع السبب فى كثرة حالات الكساح بين الاطفال وذلك لحرمانهم من أشعة الشمس طوال حياة الطفولة .

وحالة الكساح مع الاسقربوط المذكورة فى الجدول السابق هى لطفل فى الشهر السادس عشر من عمره عرضته والدته علينا لاعتقادها أنه سقط على الارض من الخادمة فظهرت آثار بنفسجية[1] بجفنيه وصار يتألم كلما مست قدميه . وبفحص الطفل وجدته ضعيف الجسم باهت اللون رخو العضل تظهر عليه أعراض الكساح ولم تبرز من أسنانه الا اثنتان فى الفك الاعلى ومثليها فى الفك الاسفل ولا يزال يافوخه الامامى مفتوحا . وشاهدت آثاراً بنفسجية بالجفنين العلويين وأثر نزيف باللثة التى كانت سفنجية القوام . وكان الطفل يصرخ باستمرار خصوصاً أذا لمست ساقيه مما جعل والدته تعتقد أن هذه الاعراض نتيجة سقوطه على الارض . وكان السطح الامامى لساقيه منفوخاً وكثير اللمعان وكان الساقان مثنيين على الفخذين . وكانت هذه الاعراض كافية لتشخيص الحالة بانها أسقربوط . ولما سألت الأم عن كيفية غذائها لابنها أجابت بأنها تغذيه باللبن المحفوظ فى العلب منذ ولادته وذلك لاعتقادها أن لبنها قليل الغذاء وسبق أن مات لها طفلان بالكساح لتغذيته باللبن المحفوظ تبعاً لأشارة صديقة لها . وقد وصفت لهذا الطفل الغذاء باللبن الحليب وعصير البرتقال فتحسنت حالته تحسناً كبيرا وزالت آلام الساقين والآثارات البنفسجية بالجفنين

أما الطريقة العملية للوقاية فى مثل هذه الحال فهى السعى لدى المجلس المحلى فى فتح الشوارع الكبيرة التى تخترق البلدة طولا وعرضاً وبث الدعوى بين الاهالى لتفهيمهم أهمية الهواء الطلق وأشعة الشمس فى نمو الاطفال وتوزيع النشرات الصحية الخاصة بتربية الاطفال وطريقة غذائهم .

---

[1] Ecchymoziz (١)

تقرير عن ثلاث حالات تسمم ببخار البنزين

من مستشفى السويس

حضر كل من المذكورين بعد بجواب من الدكتور متشل طبيب الشركة الزيتية لاصابتهم باحتقان من بخار البنزين وهم

١	صديق مسعود	٣٥ سنة	بتاريخ ٧/٩/١٩٢٥
٢	تمام ناصر	٤٠ سنة	بتاريخ ٧/٩/١٩٢٥
٣	احمد المصرى	٣٥ سنة	بتاريخ ٧/٩/١٩٢٥

هؤلاء ارسلوا عقب الاصابة بثلاث ساعات ووصلوا المستشفى الساعة ٤ و ٣٠ بعد الظهر ونظروا حال وصولهم مباشرة وكان أسوأهم حالا تمام ناصر نمرة ٢

أسباب الحادثة حصلت بسبب انسياب بلف بنزين بينما كان العمال يشتغلون فى فتح خزان لاخذ مقاسه بمعرفة مندوب مصلحة الجمارك فتصاعد البخار عليهم وسقطوا فى الحال فى حالة غيبوبة واختناق ودعى فى الحال طبيب الشركة للاسعاف

الاعراض : وصلوا الى المستشفى فى حلة نصف تنبه ولما تنبهوا تماما قرروا أنهم يشعرون بدوخة وألم بالرأس والتهاب فى الصدر ويحتاجون معه لشرب الماء لجفاف فى الحلق وكلما تناولوا شيئاً يحصل قىء مباشرة وحصل لهم تبرز وإسهال وحضروا وملابسهم ملوثة بمواد برازية وقرروا أنهم فقدوا صوابهم وكانوا فى حالة غيبوبة ونبضهم كان سريعاً وتمام ناصر تقايأ كثيرا وتبرز مخاطاً ودماً

العلاج أسعفوا محليا بمعرفة الدكتور متشل بمحل تقطير البترول ولما حضروا للمستشفى اعطى كل منهم مسهل محلول سلفات مانيزيا ½ ٩٠ جرام مع استحلاب قطع من الثلج صغيرة فوقف القىء بذلك وتبرز كل منهم بعد المسهل دفعة واحدة واعطى كل منهم جرعة مزيج نوشادر وايتير كل أربع ساعات وراحة فى السرير مع التدفئة

أهم ما نلاحظ أن الاعراض المتأخرة كانت أعراض نزلة معدية معوية حادة أبتدأت باعراض أختناق حاد من الغاز وقد زالت بسرعة ثانى يوم ولولا الاسراع فى أنقاذهم من المكان الذى سقطوا فيه لحصلت الوفاة فى الحال بدون شك

مستخرج من التقرير الفنى لمستشفى بور سعيد

سنة ١٩٢٥

« بقى على أن اذكر كلمة صغيرة عن ثلاث حالات أرسلها الدكتور متشل الى مستشفى الحميات بالسويس لاشتباهه فيها أنها أحوال كوليرا وقد كانت الاعراض فى كل منها متشابهة تماما وتتلخص فيما يأتى : —

(١) كل منهم كان بحالة غيبوبة تامة

(٢) قىء وأسهال مستمر والبراز يشبه الماء اذا غسل فيه لحم مدمم أو يشبه براز أحوال الدوسنتاريا الحادة الميكروبية

(٣) سرعة التنفس والنبض

(٤) زرقة بالوجه والشفتين والاطراف مما يدل على ان هناك أختناق

(٥) أمتحن البراز فأورى نتيجة سلبية للكوليرا والدوسنتاريا الاميبيا والميكروبية

(٦) وبعد أن أفاقوا من غيبوبتهم باستعمال المنبهات المختلفة أعطوا تاريخاً بأنهم كانوا يشتغلون حول مخزن البنزين فانفجر فحصل لهم ماحصل وكانت افاقتهم بعد ٦ ساعات من دخولهم المستشفى وأخرجوا كلهم بعد يومين وقد شفوا تماما

(٧) مما تقدم أستنتجنا أن هذه الاحوال كانت أحوال تسمم بنزين ولما كان لم يذكر عنها شىء فى الكتب المتداولة بيننا فى الطب الشرعى رأينا تدوينها »

الدكتور عبد الله جلال

بحث فى مقارنة الطرق المستعملة

فى علاج البلهارسيا

مع تقرير عن علاج جديد (باير ٢١٢)

للدكتور محمد خليل

استاذ علم الطفيليات بكلية الطب بالجامعة المصرية

---

١ ــ المقدمة

ادخل تسيكالاس سنة ١٩١٣ وديامنتس سنة ١٩١٦ علاجاً ناجعا للبلهارسيا بواسطة الامتين ـ ومكادونا سنة ١٩١٥ وكرستفرسن سنة ١٩١٨ الطرطير المقيء وكانت الادوية المستعملة قبل هذه التواريخ كثيرة ولكن لم يكن لاحدها تأثير ظاهر على ديدان البلهارسيا وبيضاتها بل كانت تلطف الاعراض فقط — وقد اوصى كرستفرسن باعطاء الطرطير المقيء عن طريق الوريد بمقادير زادت على ماهو مقرر بدستور العقاقير البريطانى وكما هى العادة فى معظم الادوية الحديثة كانت الاطباء ترتاب فى فائدتها العلاجية وكان معظمهم يهاب اعطاء مثل هذه المقادير الكبيرة

وقد تناوبت آراء الباحثين فى السنين التالية لادخال العلاج فان بعضهم قرر حدوث اعراض تسمم خطيرة بعد الحقن انتهت احياناً بالوفاة كما ان غيرهم حصل على نتائج حسنة من استعمال مقادير صغيرة ـ كذلك كان الحال فى العلاج بالامتين من انه يساوى الطرطير المقيء على الاقل فى تأثيره الشفائى بدون احداث أى خطر من وصول السائل عند الحقن الى الانسجة التى تحت الجلد

ولما كان القطر المصرى هو البلد الوحيد الذى تعالج فيه البلهارسيا بدرجة كبيرة لان عدد من يعالج سنوياً فى مستشفيات الانكلستوما والبلهارسيا لا يقل عن ٥٠٫٠٠٠ نسمة فان طرق العلاج تكاد تكون المرجع لغيرها من البلدان الاخرى نظرا للاختبارات المتعددة التى تكتسب من العلاج الواسع النطاق

اما الطريقة المتبعة فى العلاج فستوضح فى موضعها من هذا البحث

٢ — الامــــتين

الامتين من المواد الرئيسية الفعالة فى عرق الذهب ويستعمل غالباً كملح الهيدروكلورور الذى يوجد بشكل اقواس ذات وزن معلوم تذاب وتعقم قبل الاستعمال أو فى امبولات جاهزة

وقد أوصى ديامنتس سنة ١٩٢٣ باعطاء المقادير الآتية بطريق الوريد للعلاج الكامل

أول يوم	٠٦ ر٠ من الجرام
ثانى يوم	٠٩ ر٠ « «
ثالث يوم	١٠ ر٠ « « أو ١٢ ر٠ من الجرام
خامس يوم	١٠ ر٠ « « أو ١٢ر٠ من الجرام
سابع يوم تاسع يوم اليوم الثانى عشر	١٠ ر٠ او ١٢ ر٠ من الجرام
مجموع ما يعطى	٦٥ ر٠ او ٧٥ ر٠ من الجرام

وفى الحالات الشديدة يضاف الى هذا حقنتان مثل الاخيرة بينهما ثلاثة أيام وهكذا يبلغ مقدار الدواء لعلاج كامل ٨٥ ر٠ من الجرام الى ٩٩ ر٠ من الجرام من الامتين

ويمكن اعطاء الامتين تحت الجلد أو فى العضلات بمقادير اعلا قليلا أى ١٤ ر٠ من الجرام

١ — ملاحظات عن العلاج بالامتين

جرب العلاج بالامتين فى أواخر سنة ١٩٢٤ بمستشفى البلهارسياوالانكلستوما بدسوق حيث عولج ٥٥ مريضا أخذوا من بين المتقدمين للعلاج بلا اختيار — فوجد ان ١٢ منهم مصابون بالبلهارسيا هيماتوبيم فى الجهاز البولى و٢٦ بالبلهارسيا المانسونى فى الامعاء و٢٧ منهم بكلا النوعين

وكانت الحقن تعطى بطريق الوريد مرة كل يومين أى ثلاث مرات فى الاسبوع كما هو موضح فى البيان الآتى

الاسبوع الاول	الاسبوع الثانى	الاسبوع الثالث	الاسبوع الرابع
(١) ٠ر٠٣ جم	(٤) ٠ر١٠ جم	(٧) ٠ر١٠ جم	(١٠) ٠ر١٠ جم
(٢) ٠ر٠٦ «	(٥) ٠ر١٠ «	(٨) ٠ر١٠ «	(١١) ٠ر١٠ «
(٣) ٠ر١٠ «	(٦) ٠ر١٠ «	(٩) ٠ر١٠ «	(١٢) ٠ر١٠ «

المجموع ١ر٠٩ جم

وقد أخذ ٣٥ من الخمسةوخمسين مريضا ستحقن أو أكثر بينما انقطع الباقون عن العلاج — وبيان هذه الحالات هو كما يأتى

٢٤	مريضا أتموا العلاج بأخذ ١٢	حقنة
٧	مرضى أخذوا ١١	«
١	مريض أخذ ٩	حقنات
١	« « ٨	«
١	« « ٧	«
١	« « ٦	«

وقد تحمل الجميع حقن الامتين بدون أن تطرأ عليهم أعراض سيئة وروقب سير العلاج بفحص الافرازات ميكروسكوبيا فظهر فى بعض الحالات تأثير على

البييضات بعد خمس حقن فقط فقد تحببت محتوياتها وأصبحت لاتفقس اذا وضعت فى الماء وقد تحسنت الاعراض خصوصا ظهور الدم فى البول

وعند أعادة فحص من تم علاجهم باخذهم ١٢ حقنة ومن أخذوا ١١ حقنة كانت النتيجة كما يلى

عدد الحقن	مقدار الامتين	عدد الحالات	سلبى لبييضات السستوما	وجد بها بييضات ميتة	وجد بها بييضات حية
١٢	١٫٠٩ جم	٢٤	٥	٣	١٦
١١	٠٫٩٩ «	٧	—	٢	٥

فلو اعتبرنا ان الحالات السلبية والحالات التى ظهرت فيها بييضات ميتة قد شفيت لكان الشفاء باستعمال هذا الدواء يقدر ب ٣٢٫٢ فى المائة ولو قارنا هذه النتيجة بنتيجة علاج ٢٠٠ حالة بالطرطير المقيىء فى نفس الوقت تقريباً وفى نفس المستشفى نجد ان نسبة الشفاء كانت ٨٧ فى المائة لمن عولجوا بالطرطير

ويتضح ممـا تقدم ان الامتين اقل تأثيراً من الطرطير المقيىء كعلاج شاف للبلهارسيا ولـكن للامتين تأثيراً قيما فى بعض الحالات البلهارسيا اذ انه مانع للنزيف فيظهر هناك تحسين فى حالات البول الدموى الشديدة وحالات النزيف من الامعاء الغليظة .

وزيادة على ذلك فكثيراً ماتكون الدوسنتاريا الاميبية من مضاعفات بلهارسيا الامعاء وبفضل مفعول الامتين على الاميبا تكون هناك فائدة مزدوجة وربما كان هذان السببان ممـا دعا بعض الاطباء بمصر الى اعطاء جرعة من الطرطير المقيىء واخرى من الامتين فى أيام متعاقبة لـكل حالات البلهارسيا المعوية بدون مراعاة وجود الاميبا أو عدم وجودها .

ومن المحتمل ان سبب رواج استعمال الامتين بين المرضى والاطباء بمصر هو

سرعته فى تخفيف وطأة الاعراض فى الحالات الشـديدة -- ويضاف الى هذه الخواص عدم حدوث أى الم بعد الحقن أو سعال قوى أو غثيان مما يحدث غالباً عقب الطرطير المقيء . ومع أن فائدة الامتين محدودة فانه لا يزال يعطى الى اليوم للاطفال الذين يصعب حقنهم بطريق الوريد والبدينين الغائرة اوردتهم فى الانسجة

ب — اخطار العلاج بالامتين

من المرضى من لا يتحمل الامتين خصوصاً اذا اعطى عن طريق الوريد — أما الاعراض فانها تبتدىء بقىء ويحدث لبعضهم يرقان وبعض الحالات تصاب بهبوط أو موت بلا انذار سـابق فقد حدث ذلك لمريضين بمستشفى قصر العينى توفيا فى يوم واحد واشتبه فى عدم نقاوة الامتين المستعمل غـير انه لسوء الحظ لاتوجد طرق كيماوية لاختبار الامتين

ولما كان الامتين مهبط قوى فانه لذلك لا يجوز اعطاؤه فى حالات امراض القلب والدورة الدموية وكذلك فى اصابات الكلى واذا اعطى فى العضلات فمن الاوفق الا يحقن مرتين فى مكان واحد لانه مهيج محليا ويسبب الماً محسوسا وربما ادى احياناً الى تلف الانسجة وفى بعض الحالات يلى اعطاء الامتين فى الوريد التهاب فى الاعصاب شديد الالم ولو انه يتحسن عند ابطال الدواء .

٣ — طرطيرات البوتاسا والانتيمون « الطرطير المقيء »

ينصح كثير من المؤلفين باعطاء الطرطير المقيء مذابا فى الماء المقطر بنسبة ١ الى ٢ فى المائة وهذا يستلزم ان الجرعة الكاملة المكونة من قمحتين يكون حجمها ١٢ سم٣ أو ٦ سم٣ من المحلول وليس فى هذا صعوبة كبيرة فى علاج عدد قليل من المرضى ولكن الطريقة غير عملية عندما يستلزم الامر علاج عدد كبير وذلك لضرورة استعمال حقن كبيرة تسع هذا المقدار على دفعة واحدة .

وقد وجد ان من الملائم استعمال محلول بنسبة ٦ فى المائة فى الماء المقطر وهذا فى الحقيقة محلول مشبع اذ ان الطرطير المقيء يذوب بنسبة ١ الى ١٧ فى درجة ١٥ سنتيجراد

أما فوائد هذا التركيز فهى :

١ — يمكن تحديد مقدار الجرعة بسهولة حيث ان السنتيمتر المكعب به قمحة واحدة

٢ — نظراً لان اكبر جرعة هى ٢ سم٣ فانه يمكن استعمال حقنة صغيرة ذات ابرة رفيعة

٣ — لا يحتمل الخطأ فى تحضير المحلول بزيادة كمية الطرطير به

٤ — يقرب محلول الطرطير المقيء بهذه النسبة من الدم فى ضغطه الازموتيكى ولذا لا يحتمل حدوث تحلل فى كريات الدم

اما ضرر هذه الطريقة فهو ان للمحلول تأثيراً شديداً اذا انصرف معظمه الى خارج الوريد ولكن مزاياه تجعل مثل هذه العوارض نادرة أو عديمة الحصول تقريباً بين يدى خبير

اما الطريقة المتبعة فى القطر المصرى فيمكن تلخيصها فيما يأتى

١ — يحضر محلول جديد يومياً من الطرطير المقيء بنسبة ٦ فى المائة ويعقم

٢ — يجهز للاستعمال عدد كبير من الحقن سعة ٢ سم٣ بابرها بنسبة واحدة لكل عشرة من المرضى

٣ — تعقم الحقن والابر بالغلى

٤ — تملأ الحقن بمحلول الطرطير المقيء الى علامة ٢ سم٣

٥ — تغطس الابرة بعد ذلك فى ماء معقم لغسلها من بقايا الطرطير الذى يوجد على سطحها

٦ — يمسح جلد باطن المرفق بالكؤل

٧ — يجلس المريض وذراعه ممدود على طاولة

٨ — يضغط المساعد على ذراع المريض حتى تظهر الاوردة ولا ضرورة لاستعمال رباط لهذا الغرض .

٩ — ينتقى وريد بارز ويفضل موقع تفرعه حيث يكون مثبتاً .

١٠ — عند نفوذ الابرة (التى يفضل ان تكون من البلاتين الايرديوم) داخل تجويف الوريد يسيل الدم الى داخل الحقنة بفعل ضغطه او عند سحب المكبس بلطف

١١ — يرفع الضغط عن الذراع عند حقن المحلول

١٢ — تسحب الحقنة والابرة ويمسح مكان اختراقها بالكؤل

١٣ — تغسل الحقنة والابرة بسحب ماء بارد مقطر داخلها جملة مرات ثم توضع فى المغلى

ويستلزم هذا وجود ثلاثة مساعدين فضلا عن الطبيب ينادى احدهم المرضى باسمائهم ويوضعون فى صفوف ويعيد الجرعات بتذاكرهم ويشتغل الثانى فى غلى الحقن وملئها وغسلها بعد الاستعمال بينما يمسك الاخير اذرع المرضى ويمسح مكان الحقنة بالكؤل .

ومما يستوجب الدهشة سرعة اعطاء هذه الحقن بعد خبرة قليلة وقد نشرت مرة انه كثيرا ما يمكن حقن ١٥٠ مريضاً فى الساعة فاستغرب هذا بعضهم ومنذ هذه النشرة رأى الدكتور كارول فارست والدكتور ا . ملنى والدكتور كاو امورا والدكتور هيسر من مبرة معهد روكفلر هذه السرعة بانفسهم مظهرين امارات الاندهاش .

وقد رأى الدكتور هيسر احد الاطباء يعطى ٤٦ حقنة فى ١٢ دقيقة مع انه

لاحظ عدم تسرعه فيرى من ذلك انه من الممكن اعطاء ٢٣٠ حقنة فى الساعة ولكنه من المؤكد انه لا يقوى الطبيب على الاستمرار بهذه السرعة مدة طويلة.

ويمكن بعد خبرة قصيرة اعطاء الحقن فى الوريد للبدينين وذوى الاوردة العميقة المركز . ويرتكز الطبيب فى ذلك على حاسة اللمس اكثر من النظر فى اكتشاف الوريد اذ يشعر بالابرة عند اختراقها له بتأكد لا نزاع فيه . وعند الشك اى ان كانت فوهة الابرة بعضها داخل الوريد والباقى خارجه يحقن ببطء فاذا شعر المريض بالم أو ظهر تورم محلى يسحب المحلول من الانسجة بلا ابطاء ويوضع على مكان الحقنة مكمدات ساخنة فتعود الحال غالباً الى طبيعتها فى ٢٤ ساعة .

يجب ان يستريح المريض ساعتين على الاقل بعد الحقنة والافضل ٣ ساعات ولا داعى للبقاء فى الفراش بل يكفى الجلوس أو التلكؤ داخل المستشفى ولا يسمح له بمغادرته قبل ذلك الزمن ويحذر عليه اجهاد نفسه فى أى عمل بعد الحقن اذ ربما ادى ذلك احياناً الى الموت الفجائى . واذا ظهر خراج عقيم مكان الحقنة يكمد ويبزل مرارا اذا اقتضى الامر وان تعفن يعالج بالطرق الجراحية المعلومة .

ويتراوح مقدار الطرطير المقىء اللازم للشفاء بين ٢٠ — ٣٠ حقنة (٣٣ر١ جم — ٢جم) ويكفى فى كثير من الاحوال ٥ ر٢٢ قمحة ولكن لا بد ان يكون الفحص الميكروسكوبى لكشف البييضات دليلا على ابطال أو استمرار العلاج.

(ا) كمية الدواء ومدة العلاج

تعطى الحقن مرة كل يومين ثلاث مرات أسبوعيا كما فى الجدول الآتى : —

الاسبوع الاول	الاسبوع الثانى	الاسبوع الثالث	الاسبوع الرابع
(١) ٥ر٠ قمحة (٠٣ر٠ جم)	(٤) قمحتين (١٣ر٠ جم)	(٧) قمحتين (١٣ر جم)	(١٠) قمحتين ١٣ر جم.
(٢) ٠ر١ » (٠٦ر٠ جم)	(٥) » »	(٨) » »	(١١) » »
(٣) ٥ر١ » (٠٩ر٠ جم)	(٦) » »	(٩) » »	(١٢) » »

من الممكن اعطاء الجرع الخمس الاولى واحدة كل يومين لاقوياء البنية فتقتصر مدة العلاج اللازمة للشفاء كثيرا ويصح زيادة الجرعة لهؤلاء الى قمحتين ونصف ولكنه من الاوفق اتباع الطريقة المتقدمة عند علاج عدد كبير حيث تصعب ملاحظة كل مريض على حدته واذا وجدت بييضات البلهارسيا بعد الحقنة الثانية عشرة فليس ذلك داعيا للاستمرار فى العلاج الا اذا كانت البييضات حية لانه قد توجد فى حالات البلهارسيا المزمنة بييضات بدرجات مختلفة فى التحجر داخل الغشاء المخاطى للمثانة أو للامعاء تفرز تدريجا بالتقرح ولكنها ميتة داخلها محبب ولا تفقس اذا وضعت فى الماء وكثيرا ما استمر الطبيب فى علاجه أو اعاد العلاج بناء على وجود هذه البييضات وربما ذهب المريض الى الطبيب ثانيا واستمر فى أخذ الطرطير المقيء وقد حدث ان مريضا أخذ ما لا يقل عن ثمانين جرعة من الدواء بلا تحسن ظاهر فى حالة البول وانتهى بهزال وضعف. ولا يمكن عمل أى شيء فى مثل هذه الحالات التى ماتت فيها البييضات ولكنها تتحسن غالبا بمرور الزمن .

(ب) الاعراض التى تلى اعطاء الطرطير المقيء

١ السعال . هذا عارض عام يظهر بعد الحقنة بدرجات مختلفة من حيث الشدة باختلاف الاشخاص ولكنه خفيف الحدة اذا استعمل الطرطير المقيء

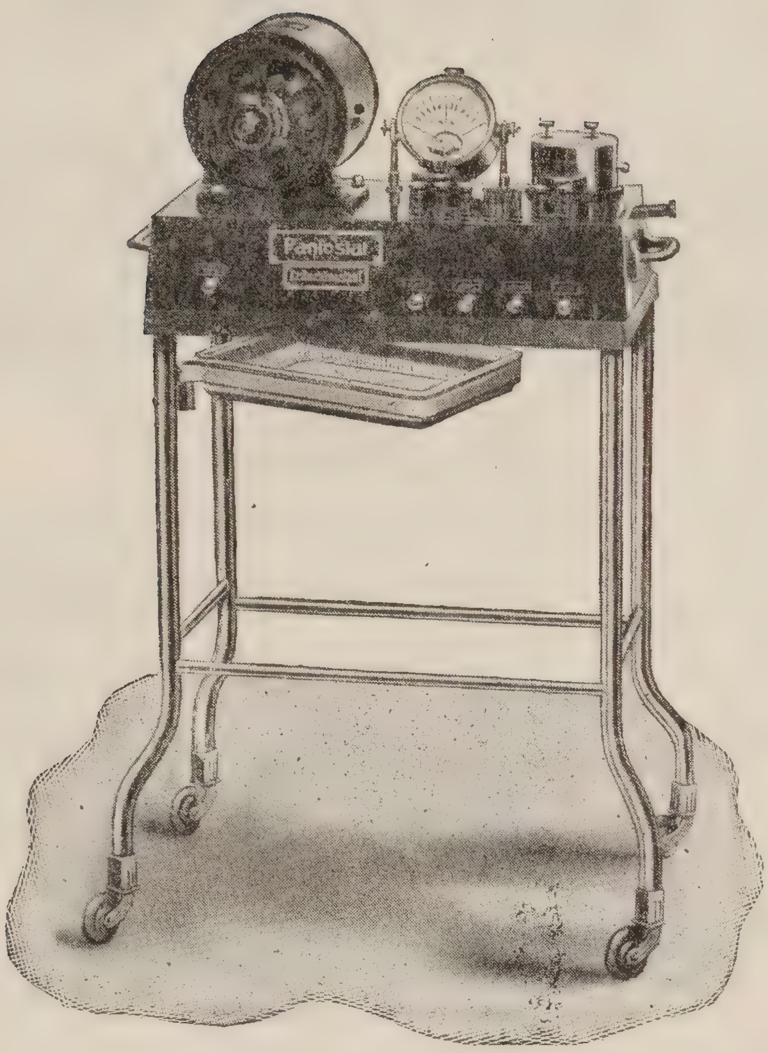
٢ ذوق معدنى بالفم . يشكو من ذلك البعض ولا يستدعى اهتماما خاصا .

٣ غثيان يشكو منه البعض أحيانا ولكنه يزول .

٤ قيء . يحدث نادرا الا اذا أعطيت الحقنة عقب الطعام مباشرة لذا يستحسن اعطاؤها بساعتين أو ثلاثة بعد آخر أكلة

٥ يحدث دوار وقتى أحيانا يندر أن يطول وتكفى الراحة فى الفراش ساعات قليلة لازالته .

٦ هبوط . نادر الحصول وتجب معالجته بهمة بوضع المريض في فراشه وحوله زجاجات ماء ساخن ويعطى أدوية منبهة بالفم وتحت الجلد.



محلات سيمن – رنجر – فيفا

بيرلين

أشعة X – دياترمى – لمبات كوارتز – جميع الآلات الطبية الكهربائية

فرع مصر (محلات برلمان وشركاه بشارع المغربى) صندوق بوستة ٦٥٤

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette angue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد العاشر ديسمبر ١٩٢٦ DECEMBER 1926 السنة التاسعة

عدد خاص بالجراحة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م . مصر ٥٤٢٩ ـ ٢٧

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى سنتها عشرة شهور

عدد خاص بالجراحة

العدد العاشر — ديسمبر سنة ١٩٢٦ — السنة التاسعة

تشخيص بحارين [1] البطن الحادة

الدكتور محمد شرف

الجراح بمستشفى الملك بمصر

إن بحث الطبيب عن داء ذى الدا ء لأسُّ الشفاء قبـل الشـفاء

(ابن الرومى)

إن التشخيص بلاغ لغاية العلاج . وحسن التشخيص مفاتيح الشفاء . ومن أساء تشخيصاً فقد أساء علاجا . وليس فى الطب أعسر على الطبيب من كشف الاعراض التى يشكوها المبطون وتفسيرها وردها لأصولها وأسبابها . ولذا حاولت فيما يأتى أن أوضح نهج الطب والجراحة فى هذا الباب لأن مصر على كثرة ما بها من المبطونين والشاكين من أمراض البطن الجراحية لم تحتذ من أوروبا وأمريكا بالتقدم فى هذا النوع من العلاج الجراحى . ولم تمارس جراحة البطن بمثل النشاط

(١) جعلنا هذا اللفظ مقابلا ل Crises وهو جمع بحران ، لفظ جديد أطلقه الاطباء للدلالة على حين تغير المرض واشتداده أو مبدأ الاتجاه الى النقوه . ويقال هذا يوم بحران ويوم باحورى من الباحور وهو القمر لزعمهم قديماً أن بحران المرض يتعين بمنازل القمر . ومن الالفاظ التى تدل على هذا المعنى « حوائن البطن جمع حائنة » و« غوائل البطن جمع غائلة » فاختر ما شئت منها .

الذى تُجرَى به عمليات الأعضاء الاخرى بنجاح . ولايصح أن يقال عنا أنا التاركون ماصَعُب من الامراض والمعالجون أهوَنها .

ويرجع تأخرنا هذا الى جملة أسباب منها : — حِرْص كثير من الاطباء فى العلاج حرصاً قد أضرَّ بكثيرين . وسير بعضهم على طرق فى العلاج يبين فيها التقصير والتفريط من عدم الاعتماد على أخيَرَ الطرق الحديثة وأدقها فى التشخيص مثل البحث الكامل بالاشعة والبزموت أو الباريوم وتحليل محتويات المعدة والعفج تحليلا متجزئا الخ . ونرى بعضهم متهاونا قد أضاع النصح وخالف الاصول العلمية الحديثة ورضى بمداواة علل البطن بالقلويات فان لم تفلح جَرَّب الاحماض والمطهرات أو حاول حيلة أخرى بالمسكِّنات يرجو بها دفع المرض واجتلاب الصحة . وداوم على ذلك حتى يقضى الله بأمره . ومنها عدم التعاون بين الطبيب والجراح فلا يقرن الواحد برأيه رأى أخيه الا نادراً مع أن الفضل كل الفضل فى معرفة حقائق اضطرابات الهضم وأمراض أعضائه كان للجراحة لا للطب أو الفيزيولوجيا أو الباتولوجيا القديمة المؤسسة على تشريح الموتى . ومنها عدم الاهتمام بتطبيق التشريح والفيزيولوجيا فى التشخيص. أضف لذلك جهل المرضى فانهم يغلطون فى تصرف حالهم ويفضلون العناء على الراحة ويمتنعون عن قبول العمليات الكبيرة الا اضطراراً واستسلاماً للقدر .

وأضف عدم مقدرتهم على الوصف والافصاح عن الأعراض . فمن مغالٍ فى وصف دائه الى من لا يكترث بأشد الاعراض بل يحقر من شأنها . وقد تجل عقول بعضنا عن الدقيق من هذه الاعراض فتحكم للظاهر .

ولا خير فى حشو العلاج اذا لم يُهْتَدَ الى أصوب وجوهه . والتعاون بين الطبيب والجراح فى ذلك أجمل بالطب من التغرير والعلاج بدواء فى غير محله .

ولعل ما نراه بادياً من انتشار العرفان والجهد المبذول لترقية المستشفيات المصرية فى الاستعداد والعلاج ودأب الاطباء والجراحين على الاخذ بالطرق

الحديثة والتوفر عليها يبعث على التفاؤل بالخير و تبدُّل الحال لصالح المرضى وتقدم جراحة البطن فى مصر

فى علم الجراحة فرع من الفلسفة أو الحكمة لا يقتصر على مجرد النظر فى الأحوال المرضية وتفسيرها من الوجهة الاكلينيكية والباتولوجية . بل يمتد الى السعى فى ترتيب الحقائق و تنسيقها وتتبع التاريخ الطبيعى للمرض و معرفة علاقته بالظواهر المرضية الاخرى والى البحث عن كونه جزءاً منها أو سبباً أو نتيجة لها . وهذا البحث لا يتبع الطريق العدل المرسوم فى الكتب المدرسية بل غايته القاء نظرة جامعة تأخذ بمجامع الطرق الملتوية والمتشعبة التى بها تقدمت معارفنا عن المرض واستقصاء كل طريق طولا وعرضاً . وهذه الطريقة تكسبنا الحكمة والسداد فى التشخيص وترينا الغاية قبل مذهبنا فى العلاج . وعلى هذه الطريقة سرنا فى الكلام عن بحارين البطن الحادة وسلكنا سبيلا بعيداً عن التشكك وفصلنا القول عن الاعراض وحللناها وعينا قدرها قبل الأخذ بها . ثم جعلنا منها صوراً جلية حتى ترتسم فى الاذهان و يسهل بها التشخيص بجوار سرير المريض .

ومن الفضول فى الجراحة أن نقول أن نجاح العلاج الجراحى يتوقف على التشخيص المبكِّر . وحظ الطبيب الذى أصاب التشخيص من الفضل فى شفاء مريضه لا يقل عن حظ الجراح الذى يأسوه ان لم يكن أوفر .

وقد تقدم فن الجراحة ووصل الى درجة عالية من الاتقان حتى أصبحنا لا نعتمد كثيراً على أى تقدم آخر فيها لتحسين نتائج العلاج الجراحى لامراض البطن الحادة . ونعتقد أن التحسين لا يأتى الا من طريق التشخيص المبكر الذى يسمح للجراح بتطبيق العلاج المناسب فى أوان بدرى . والزمن الذى يمر بين أخذة الاصابة وفتح البطن أشد تدبيرا لمآل الحالة من براعة الجراح . فلا تضيِّع وقتاً طويلا فى الوصول الى تشخيص مؤكد وحقيقى واقنع بالتحقق من وجود إصابة بالغة يحتمل كثيراً شفاؤها لو عولجت جراحياً فى الوقت المناسب .

طريقة التشخيص

ان شئت أن تأمن الزلل فى تشخيص بحارين البطن فاتبع أسلوبا أو نظاما معينا تهتدى به فى البحث والكشف عن المريض. وإن أغنت زيادة الخبرة عن بعض اجراءات فى الكشف فالسير على طريقة منسقة آمن لك . فابدأ بمعرفة تاريخ المريض الحالى والسابق وعمره وكيفية أخذة المرض وزمن وقوع الاعراض بالدقة . واعلم أن أكثر بحارين البطن الحادة يمكن تشخيصها حالا من النظر الى تاريخ وقوعها والتأمل فى علاقة الأعراض ببعضها . فالانغماد المعوى الحاد يحدث غالبا فى الأطفال دون السنتين . والتهاب الزائدة أكثر إصابة للشبان ولايصيب الأطفال الا نادرا . وانسداد القولون من ضيق سرطانى لا يُرَى فيمن دون الثلاثين الا نادرا بل يحدث غالبا بعد الأربعين وهو أكثر أسباب السدد فى الشيوخ . وقليل جدا أن يلتهب البنقراس أولا يحدث أبدا فيمن لم يبلغ الثلاثين . وانثقاب قرحة المعدة قليل الحدوث فيمن لم يبلغ الخامسة عشرة . وكذلك جميع الحائنات المسببة فى النساء عن اضطراب نمو البيضة أو ما حولها توجد فقط فى العمر الذى يحدث فيه الحبل

أصول الكشف عن البطن كشفا منسقا

تخلع الملابس عن البطن حتى يسهل الكشف عن جميع أجزائه الاربعة بدون شد أو تشليح ويستلقى المريض على السرير وتحت رأسه وسادة صغيرة . واتركه مستريحا بعد استلقائه برهة بادرها ببحث اللسان وشم الفم وعد النبض . وينبغى فحص البطن ومعاينته فى ضوء جيد والنظر إلى حركات التنفس ومداها ثم فتش عن أى ورم أو انتفاخ غير طبيعى. واضرب بنظرك الى أى شذوذ فى شكل البطن ان كان جداره مرتفعا أو منخفضا أو زورقيا أو منتفخا بأجمعه .ولا تهمل السُّرة وانظر

الى شكلها وحجمها . وأرغب بنفسك أن تكون مقصرا فى الالتفات الى أى حركة غير طبيعية كتحرك ورم من أعلى لأسفل تحركا مواقتا للتنفس. أو كالحركات الديدانية الظاهرة فى المعدة أو فى حوية أو حويات معوية. وينبغى التحقق من مواضع ابتدائها واتجاه موجتها واختفائها أو تلاشيها . وتذكّر أن الحركة الديدانية فى انسداد الأمعاء الدقاق تكون بشكل سُلَّمى ladder- rung أما في انسداد القولون فيكون اتجاهها عموديا أو أفقيا بحسب اتجاه القولون . ولا تنس معاينة أثر التئام الجلد أو ندوبه بعد عمليات سابقة . فقد تدل على وجود التصاقات تحتها تكون سببا للمرض. ولا تتهاون ببحث جميع الفتحات التى قد يخرج منها فتق .

واياك أن تَنْس نظر وجه المريض فلربَّ عيْنٍ أنمُّ من لسان ولحظٍ أصدق من لفظ . واعلم أن اضطراب المتألم من مغص أو نزف بريتونى يختلف عن سكون المصاب بالتهاب بريتونى وجموده فى سريره وكرهه للتحرك .

وأبدأ بعد ذلك بالقرع ولاحظ أصمية الكبد ان كانت طبيعية أو زائدة أو ناقصة أو معدومة . واعلم أن مجرد وجود أصمية للكبد لا ينفى تشخيص انثقاب فى المعدة أو العفج وانعدام أصمية الكبد فى مثل هذه الأحوال يتوقف على ثلاثة شروط (١) طول المدة التى انقضت بعد حدوث الانثقاب (٢) حجم الثقب (٣) وطبيعة المواد التى تخرج من الثقب. فقد يكون قوامها صلبا فتسده ولا تنقص الأصمية.

ثم أنتقل لفحص الطحال والكليتين والحرقفتين ودوِّر المريض عند الضرورة على جانبه للتحقق من وجود أصمية منتقلة أو عدمها . وليس لتخطيط حجم المعدة أو تحديدها بالقرع قيمة لأن حجمها أو شكلها المبيَّن بالقرع والاستماع عائب وخطأ ويخالف المعين بالأشعة وغذاء البار يوم .

كذلك ليس للاستماع قيمة فى بحث البطن . والفائدة كل الفائدة كما يبحث الثدى فى اللمس بالكف أو بطن الاصابع لا بأطرافها . فترفّق على المريض واحذر جس البطن المصاب بمرض حاد بأطراف الأصابع فقد يحدث ذلك ألما شديداً لا مبرر له يجعل البحث عسيرا من زيادة التصلب الناشىء من ذلك . ومن الصعب اقناع المريض

بارخاء بطنه حتى يسهل الجس . وفى أحوال انثقاب المعى يكون ذلك مستحيلا اذ بعد الأنثقاب يصير جدار البطن صلبا كاللوح وبشكل الزورق ثم يأخـذ فى الأنتفاخ ببطء

وبعد الفراغ من جس أقسام البطن المختلفة يفحص القطن الأيمن باليد اليمنى بوضع بطن الأصابع على جدار البطن الأمامى والأبهام من خلف فيما بين الضلع الأخير وعُرْف الحرقفة . فاذا تنفس المريض عميقاً ونزل الحجاب الحاجز أمكن لليد القبض على ورم أوحشىً أو كُلْية منتقلة . ويفحص القطن الأيسر باليد اليسرى بهذه الطريقة اذا أنتقل الطبيب الى يسار المريض فان تعذر انتقاله يفحص باليمنى واضعا الابهام على جدار البطن الامامى و بطن الأصابع خلف القطن

وعند لمس البطن يجب الالتفات الى مواقع زيادة الحس [١] ومواضع المضض والتصلّب [٢] . فهى علامات قد تنطق وهى صوامت وتعلن ما تحتها فِي الجوف كما تجب مقابلة المواقع المتماثلة فى جانبى البطن .

ولن يستتم الكشف بغير امتحان الشرج وعلى الجراح ملاحظة ذلك فى جميع أمراض البطن اذ اغفال ذلك جريمة لاتغتفر ووضع الاصبع فى الأست أهم من وضع الترموتر فى الفم أو عد النبض

الأعراض

نبدأ بكلام موجز عن أعراض البطن الحادة فنحللها واحداً واحداً ونفسرها ونشرح العلامات الخاصة بكل بحران مع تعيين قيمة كل منها فى التشخيص والدلالة على العلاج أو العملية. ثم ننتهى بتأليف هذه الاعراض فِرَقاً بحسب وجودها فى الواقع إكلينيكيا فى أنواع البحارين البطنية المختلفة . والأعراض إما عامة أو موضعية : —

---

(١) Hyperalgesia (٢) Tenderness.

الأعراض العامة :

(١) درجات مختلفة من الهبوط أو الصدمة

(٢) تغيرات فى سرعة النبض وصورته

(٣) تغيرات الحرارة

(٤) تغيرات فى نوع التنفس — التنفس الصدرى

(٥) جفاف اللسان ووسخه والفُواق [١] والتشغية [٢] والزحير [٣]

قد تفيد هذه الأعراض فى الدلالة على حدوث بُحْران بطنى أو غائلة . ولـكنها بالاجمال لاتدل على نوع المرض ولا تعيّنه. وهى وحدها لاقيمة لها فى الدلالة على العلاج . إذ أنها تحدث فى أشد أمراض البطن وفى أخفها على السواء كمرض بسيط فى جدار البطن أو مغص معوى من ريح . ونرى أحوالا من انثقاب المعى بدون زيادة فى النبض أو ارتفاع فى الحرارة

ولذلك ربما لاتفوت الجراح معرفة أحوال كثيرة من بحارين البطن اذا لم يكن عدّ النبض وقياس الحرارة قاعدة عامةعنده

أما استمرار الصدمة والاعراض العامة الاخرى فقيمتها فى التشخيص أهم من من درجاتها الاوّلية

الأعراض والعلامات الموضعية

وعليها يكون اعتمادنا وتعويلنا فى تشخيص الامراض البطنية الحادة وعلاجها وهذه الأعراض هى : —

(١) ألم البطن

(٢) زيادة شعور الجلد بالألم — «المنعكس الحشوى الحسّى»

(٣) مضاضة أو تألم موضعى أو عام

Tenesmus (٣) Strangury (٢) Hiccough (١)

(٤) غثيان وقيء
(٥) تصلب عضلات البطن — المنعكس الحشوى المحرك أو العضلى
(٦) انتفاخ البطن
(٧) وجود هواء طليق فى جوف البريتون
(٨) وجود سائل طليق فى جوف البريتون
(٩) تورّم موضعى فى البطن أو الحوض
(١٠) تغيرات تعرف بامتحان الشرج والمهبل

(١) ألم البطن

للألم العُلىَ على سائر الاعراض . فهو أعظمها قدراً وإن أهمله بعضهم (لأنه لا يُرَى ولا يحَسّ فيكون شأنه فى التشخيص ضئيلا) واعتمد على العلامات الاخرى ناسياً أن كثيراً من الاحوال لا تستبين العلامات فيها جيداً وأن ظهور العلامات تسبقه أعراض هامة .

واجتهد فى معرفة نوع الألم ووقت هجومه وماحدث المريض عندئذ لتقدير التغيرات المرضية المحتملة والناتجة .

وأفهم عن الآلام فهى نواطق عن المرض فقدعلمتنا الخبرة أن لبعض الآلام صفات مميزة ودرجات خاصة . فالآلام التشنجية أو الاعتقالية أكثر حدوثاً قرب نصف الليل أو الفجر . وآلام الاعضاء الجانبية لاتتعدى الخط الوسطانى للجسم فى العادة . وآلام المعى كحركاته الديدانية منظومة وتعلمنا أيضاً أن آلاماً معينة تخف باعمال معينة كألم العفج يخف بالاكل . ولألم المعدة رابطة بالأكل والجوع . وألم انثقاب قرحة المعدة أو العفج والتهاب البنقراس الحاد حادثان منهما وحدهما يغشى على المريض . وكذلك يغمى على المرأة من ألم تمزق حمل خارج الرحم

آلة الألم الحشوى :

للطب فى حدوث آلام الاحشاء رأيان (١) الاول مبنى على قول Lenander الذى أورى أن الاحشاء بعد تعريضها لاتتألم بالنكز أو القرص أو الحرق . وعدم شعور حوية المعى المخرجة من البطن لعمل شرج اصطناعى بهـذه الحواس أمر معروف . وكان من أعظم أنصار هذا الرأى السير JamesMackenzie . وكل ألم ناشىء فى حشى من الأحشاء لا يُحَسُّ فيه بل ينعكس الى جهة معينة من سطح البدن بواسطة فروع الاعصاب الشوكية النابتة من قطاعات الحبل الشوكى التى ترتبط مع هذا الحشى بالاعصاب السمباتوية التى تميره . وحيث أن الاعصاب الشوكيةالظهرية الستة السفلى تَمِيْرُ جدار البطن وتتصل أحشاءالبطن بهذهالاعصاب عن طريق العصب السمباتوى فكل ألم حادث من مرض أحد هـذه الاحشاء ينعكس على الفروع الطرفانية لهذه الاعصاب الظهرية الستة الى منتصف جدار البطن الأمامى . وبما أن لهذه الاعصاب فروعا أخرى خلفية وجانبيه فقد ينعكس الالم أحيانا الى الظهر أو جانب الصدر والبطن زيادة على انعكاسه الى منتصف البطن الامامى أو بدلا منه .

يرتد الألم المنعكس من المعدة الى أطراف الأعصاب الشوكية الظهرية من الخامس الى الثامن (فيما بين الرُّهابة والسُّرَّة). ويرتد الألم المنعكس من العفج الى مافوق السرة بقليل . ويرتد المنعكس من الأمعاء الدقاق والزائدة الدودية (من العصب الثامن الى الحادى عشر الظهرى) الى جهة السُّرة التى تقابل العصبالعاشر الظهرى . ويرتد الألم المنعكس من القولون الى منتصف القسم الخثلى . ويرتد المنعكس من الكبد والمرارة وقنواتها (من العصب السابع الى التاسع الظهرى) إلى أسفل الشراسيفى.ويرتد أحيانا الى زاوية اللوح السفلى (العصب الثامن الظهرى) . ولارتباط الـكبد بالحجاب الحاجز الذى يميره العصب الحجابى (المركب من

الثالث والرابع والخامس العنقى) نجد الألم المنعكس متنقلا على فروع أعصاب العنق السطحية الآخذة من الحبل الشوكى عند مستوى منبت العصب الحجابى فيَحسُّ الالم فى الكتف من الأمام والوحشية . وهذا عرض أطنبت فى ذكره كتب الجراحة ولا يُرَى فى الواقع كثيراً .

وعلى ذلك كل ألم يُحَسُّ فى مبدأ مرض بطنى حاد هو ألم منعكس من هذا النوع . ولذلك يكون محدوداً فى موضع الحشى المصاب أصلا .

أما الألم الحادث بعد ذلك فسببه اهتياج البريتون الجدارى ويحس دائماً فى موضع الاهتياج .ومن أجل ذلك له قيمة عظيمة فى تعيين موضع الاصابةوتحديده تحديدا صحيحاً . ومن المعلوم وجود ضفيرة عصبية كبيرة فى النسيج الضام تحت البريتون الجدارى تتصل بالجهاز المخى الشوكى.بخلاف البريتون الحشوى فليس له إلا أعصاب سمپاتويةفقط . ولايزال هذا الرأى معتبراً فى أهم الكتب الفيزيولوجية.

(٢) أما الرأى الثانى ومن أنصاره Ryle و Hurst و Ross وكثير من الاطباء فيقول أن الاحشاء تشعر بالألم عندوقوع اغراء معينة مناسبة ولو أن مرضها يكون مصحوباً أيضاً بألم بدنى منعكس(Referred Somatic Pain) ولكل عضو اغراء خاصة يدركها فالعين تدرك النور ولا تدرك الصوت. وجُعِل الجلد للشعور باللمس والألم والحرارة . والعضلات الهيكلية تدرك الوضع والتوتر وشدة القوى المعارضة . وتدرك الألم اذا ازداد الشد عليهاولكنها لاتشعر بالقطع أوالنكز أو الحرق. وليس من سبب يجعل الاحشاء تدرك اللمس أو الحرارة ولكن الضرورةالحيوية تحتم عليها الشعور بالامتلاء والفراغ . وليس الحس فى أغشية الاحشاء المخاطية ولا فى الطبقة البريتونية بل فى عضلاتها . والحقيقة أن حس الاحشاء هو حس عضلى . وبين العضلات الملساء والهيكلية المخططة شبه فى ذلك فاحساس الامتلاء والفراغ يقابل احساس الوضع والتوتر . واليك أركان هذا الرأى : —

(١) يوجد ألم حشوى معين يشعر به الحشى

(٢) سبب الألم الحشوى زيادة التوتر فى عضلات الحشى زيادة تفوق المعتاد وتنشأ إما عن شدة الانقباض أو الفشل فى الارتخاء كفاية أمام زيادة الضغط الداخلى.

(٣) اذا وجد الألم الحشوى منفرداً أو مفترقا عن آلام البدن المنعكسة أمكن المريض تعيينه بالضبط

(٤) يحدث الالم البدنى المنعكس فى نوبات حشوية شديدة سببها آلى ولكنه يدل فى الغالب على التهاب أحد الاحشاء أو تغير عضوى فيه

(٥) الآلام المنعكسة قلما توجد فى أمراض الاحشاء الوظيفية . فمثلا وجع المعدة الناشىء عن عوامل بعيدة عنها لا ينعكس ولا توجد معه زيادة فى حساسة الجلد بالالم ولا توتر فى العضلات . والواقع أنها توجد دائماً مع تغيرات عضوية موضعية . ففى ألم اللوح من الحصوات الصفراوية تكون المرارة ملتهبة وفى ألم الخصية من حصاة بولية يكون الحالب متقرحا .

والحاصل أن الألم الحشوى يدل على اضطراب فى عمل أحد الأحشاء (اضطراباً قد يكون من مرض عضوى موضعى أولا يكون كذلك) أما الالم الحشوى المنعكس على سطح البدن فيدل على آفة فى تركيب الحشى .

مواقع الألم : اذا انغمر البريتون بغتة بالدم من تمزق حمل بوقى أو بالصديد من تمزق بوق قائح أو بسائل حريف من معدة ثُقِبت استُشْعِر الألم فى جميع البطن من الأول. ولكن أعظم الألم عند هجومه يكون فى أعلا البطن فى الحالة الأخيرة وفى أسفله فى الحالتين السابقتين

ألم المعدة والعفج : قالوا ألم المعدة شرط لازم لوجود قرحة بها. ولكن وجدت أحوال لم يظهر معها ألم وعرفت بالانثقاب أو النزف . وألم قرحة المعدة متقطع قلما يظهر قبل نصف ساعة من الأكل ويحدث فى أى وقت بعد ذلك حتى الطقّة

الثانية . وفى العادة يتأخر ظهور الألم كلما بعدت القرحة عن فتحة الفؤاد . والحد الفاصل بين قرحة البواب وقرحة العفج ساعتان فى العادة . ولكلٍ تغيرات بحسب الغذاء تميزه . ففى قرحة المعدة أكل فراحة فألم ثم راحة وفى قرحة العفج أكل فراحة فألم . يخف ألم قرحة المعدة بالقىء ويخف ألم قرحة العفج بالغذاء حتى أصبح يُكْنى عنه بألم الجوع Hunger pain . وتختلف شدة الألم من وجع الى ألم حاد خارق أو نقَّاب ويشتد نوعا بحموضة المعدة ونوع الغذاء وهجومه يقابل موجة الحموضة فى المعدة وموضعه فى القسم الشراسيفى وقد يمتد الى رأس الكتف عند وجود التصاقات من قرحة خلفية. واذا تغير الألم المتقطع الى ألم مستمر دل على اختلاطات ومضاعفات . وان لم يخف مع ذلك بالغذاء دل على سرطان. اما الألم الحاد الخارق الفجائى فيدل على الانثقاب. ولألم العفج المثقوب ميل للانتشار من المراق الأيمن الى الجهة القطنية أو الحرقفية اليمنى بسبب نفاذ السائل المهيج الى جانب البطن الأيمن.

<u>ألم الامعاء الدُّقاق</u> : سواء كان من مغص بسيط أو انسداد أو اختناق يُحَسُّ دائما وأولا فى الشراسيفى والسرى أى فى مناطق توزيع الأعصاب الظهرية من التاسع الى الحادى عشر. وهى التى تمير المساريقا أيضا. واذا تذكرت ان أعصاب الزائدة تخرج أيضا من هذه الأعصاب لاتعجب من استشعار ألم الالتهاب الزائدة الحاد أولا فى القسمين الشراسيفى والسرى .

<u>الألم فى التهاب الزائدة الدودية الحاد</u> : وأخص مميزاته أنه لايبدأ ابداً فى جهة الزائدة بل يرتد أولا للسرَّة . والواقع أن كل مرض بطنى حاد يكون أول ألم فيه محسوساً فى الحفرة الحرقفية اليمنى يبعد كثيراً أن يكون التهاباً فى الزائدة . وانتقال الألم فيما بعد الى هذه الجهة دليل على امتداد الاهتياج الى البريتون الجدارى . وكلما قربت الزائدة من البريتون الجدارى كلما كان اهتياجه مبكراً

وتحدّد الألم هناك سريعاً . وعلينا ان نتذكر وجود الزائدة أحياناً غائرة بين حويّات الأمعاء الدقاق أو أحشاء الحوض ولذلك قد لا يوجد ألم محدود فى الحفرة الحرقفية فى أى دور من المرض . وينتشر الألم السرى تدريجاً حتى يصير عاماً فى البطن وعلى ذلك قد يكون انعدام ألم الحفرة علامة طيبة تدل على خفة الاصابة فلا يتهيج البريتون الجدارى ويفوت على الجراح كون الزائدة هى السبب . أو علامة سيئة تدل على وقوع الزائدة عميقاً بين الاحشاء فتسبب التهاباً بريتونياً منتشراً . وإن ظهر ألم شديد فى الحفرة الحرقفية اليمنى سريعاً بعد ألم فى جهة السرة فايقن ان الزائدة ليست بعيدة من البريتون الجدارى. وهذه الملاحظات تنطبق على أول إصابة فقط لانه من توالى نوبات سابقة توجد التصاقات تربط الزائدة بالبريتون الجدارى فيهيجه الالتهاب من الأول ويتحدد الألم فى الحفرة الحرقفية من الابتداء . والألم أول أعراض التهاب الزائدة وقوعاً . يأخذ المريض بغتة وبشدة . وان اختلف ترتيبه عن أولية الأعراض فتشكك فى التشخيص . فان سُبِق بالقيء والحرارة معاً فأيقن أن الحالة ليست التهاباً بالزائدة . واذا سبقته الحرارة وحدها بيوم أو اثنين أو ثلاثة فأحذر دائماً أن يكون المرض تيفوداً مع قرحة فى الزائدة . واعلم أنه عرض يوجد دائماً وبشكل مغص وان اختلفت المرضى فى وصفه وشدته . ولا توجد حالة واحدة انعدم فيها الألم كعرض أولى. ويبلغ أشده عادة بعد أربع ساعات من أخذته ويخمد تدريجاً فى أغلب الحالات . واذا انقطع فجأة فى ال ٣٦ ساعة الأولى فيكون الخمود ناشئاً من انصراف الصديد فى الأعور أو من التمزق أو الغنغرينة . وليس معنى زوال الألم حينئذ التحسن بل بالعكس .

أما الألم الثانوى الحادث بعد ٣٦ ساعة فيكون عادة غير مغصى وما هو إلا ألم التهابٍ عادى سببه التهاب ما حول الزائدة . والألم الشديد بعد خمود أولى خطر ويعلن التهاب البريتون من انثقاب الزائدة .

(٢) زيادة حس الجلد[1] ومواضع زيادة الشعور بالألم

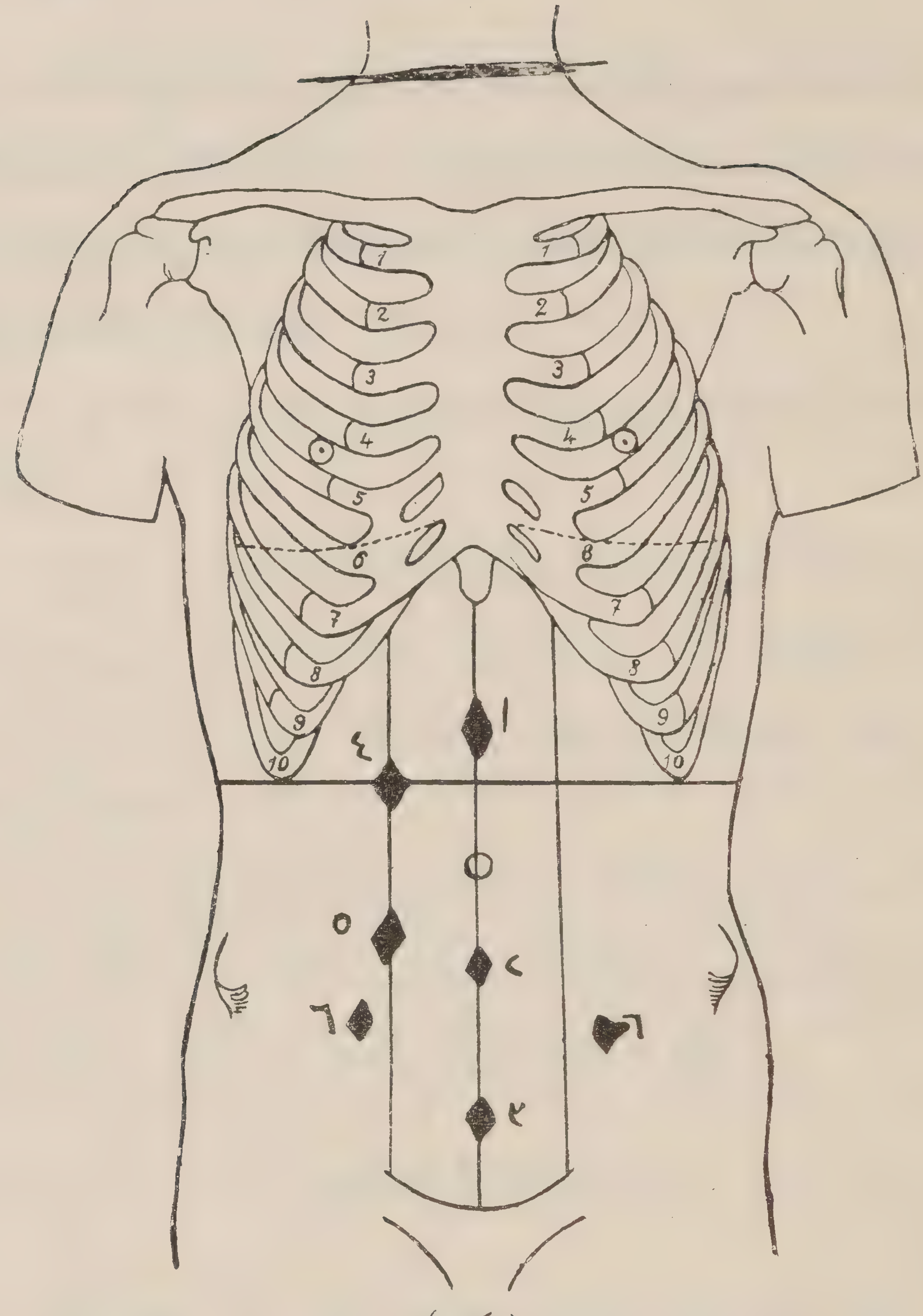
تمر الأغراء فى الأحوال العادية باستمرار من الأحشاء الى الحبل الشوكى ومنه الى جلد البطن دون الشعور بوجودها . فان مرض أحد الاحشاء كانت الاغراء المنبعثة منه الى الحبل الشوكى من نوع مهيج يهيج قطعة أو أكثر من قطع الحبل القابلة لهذه الاغراء بحيث يتألم المريض لو قُرص أحد أعصاب الجلد المتصلة بهذه القطع قرصاً خفيفاً لا يؤلم فى حالة الصحة أو لو وقع على جهة أخرى من الجسم . بمعنى أن موضع الجلد المقروص يزداد شعوراً بالألم .

ولو أن جميع الجهات المتصلة بالأعصاب النابتة من هذه القطع زائدة الاهتياج تكون حساسة الا أن الواقع يخالف ذلك. وتكون زيادة الحس بالألم مقصورة على مواضع معينة فقط حددها الدكتور D. Ligat فى محاضرته الهنتيرية سنة ١٩٢٤ واليك شكل منقول عنه يبين مواضع زيادة شعور الجلد بالألم فى أمراض الأحشاء. والطريقة التى جرى عليها فى تحديد هذه المواضع هى القبض على الجلد والنسيج الذى تحته قبضاً شديداً بين الابهام والسبابة وشدهما بعيداً من الطبقات الغائرة فى جدار البطن. فان جرَّ هذا العمل منعكساً شاذاً اتضح هذا سريعاً وتجفّل المريض أو صرخ من الالم . وتفضل هذه الطريقة على غيرها لخلوها من كل ضغط على جدار البطن ولذلك لايحتمل الخلط بين زيادة شعور الجلد بالألم وبين زيادة حس الاعضاء الغائرة كالعضلات والنسيج تحت البريتون

مواضع زيادة شعور الجلد بالألم:

---

(١) Cutaneous Hyperalgesia



(شكل)

لا يدل اتساع البقع فى هذا الشكل على مقدار انتشارها ويدل فقط على شدة المنعكس فى الاحوال الطرزية الظاهرة (١) موضع ألم المعدة والعفج وأشده عند نقطة فى منتصف الخط بين الرهابة والسرة (٢) موضع ألم الأمعاء الدقاق وأشده في نقطة عند اتصال الربع الأعلى والتالى له على خط من السرة الى ارتفاق العانة (٣) موضع ألم القولون وأشده عند نقطة اتصال الربع الثالث بالأخير من خط بين السرة والعانة (٤) موضع ألم المرارة وأشده عند نقطة تقاطع خط أفقى يمر بنهايتى الضلعين العاشرين وخط عمودى فى نصف المسافة بين خط الثدى وخط الجسم المتوسط (٥) موضع ألم الزائدة الدودية وأشده عند نقطة اتصال الثلث الأنسى بالمتوسط من خط بين السرة والشوكة الحرقفية الأمامية العليا (٦) موضع ألم البوق الرحمى وأشده عند تقابل الربع الأخير بين منتصف رباط بوبارت والسرة

هذه المواضع الحساسة تبين العضو الغائب ولا يتأثر موضعها بتغير موضع هذا العضو فى البطن . فمثلا يكون موضع حس الزائدة الدودية واحداً دائما مهما كان موضعها فى البطن وسواء كانت فى الحفرة الحرقفية اليمنى كالمعتاد أو فى الحوض أو بجوار الكبد أو انتقلت للجانب الايسر

وأينما كان موضع الحشى فى البطن فانه يبقى متصلا بقطع معينة من الحبل الشوكى .

ووجود هذه المواضع الحساسة مهم للغاية لمعرفة العضو المصاب ولكن لا ينبغى أبداً الاعتماد على غيبتها والاستدلال بذلك على عدم مرض هذا العضو . بحيث لو ترجح تشخيص مرضه من أدلة وعلامات أخرى يهمل كل اعتبار لانعدام هذه المواضع الحساسة

واختفاء زيادة الحساسة وخمودها بغتة بعد التأكد من وجودها مثلا فى التهاب الزائدة الدودية الحاد علامة خطرة دائماً وانذار سيء يدل على انقطاع فى قوس المنعكس بسبب تخثر الدم فى مساريقا الزائدة أو عطبها .

(٣) التألم أو المضض [١]

التألم الموضعى الغائر علامة مهمة يجب تمييزها من زيادة شعور الجلد بالألم . والاحشاء لاتشعر بالضغط أو الألم بنفسها فلو ظهر ألم فى مرض أحدها من الضغط على جدار البطن فانه يكون حادثاً من : (١) زيادة حساسة الجلد (المنعكس الحشوى الحسى الحقيقى) [٢] (٢) أو من اهتياج البريتون الجدارى (ان هاجه التهاب موضعى ينبه شبكة الاعصاب تحته المتصلة بالحبل الشوكى) وليس ذلك بألم منعكس أو ناتج من الضغط مباشرة على العضو المريض نفسه

---

(١) Tenderness　　(٢) True visceral reflex

فالألم الحادث من الضغط عند نقطة Mc Burney فى التهاب الزائدة الدودية الحاد ويعينه المريض عند النقطة المضغوطة ليس ناشئاً من الضغط على الزائدة الملتهبة بل من تنبيه الاعصاب تحت البريتون بالضغط وقد صارت زائدة الاهتياج من انتشار التهاب الزائدة اليها وليس هنا منعكس حاصل . ولو كان الامر غير ذلك أى كان الألم ناشئاً من الضغط على الزائدة الملتهبة نفسها لارتدت الاغراء وانعكست بعد وصولها للحبل الشوكى عن طريق السمباتوى الى جهة السرة كما قلنا من قبل لا الي نقطة Mc Burney التى تقع دائماً على بعد ١ $\frac{1}{2}$ — ٢ بوصة على خط مستقيم بين الشوكة الامامية الحرقفية العليا والسرة .

والمضض الموضعي يشاهد على الخصوص فى امراض البطن الحادة كالتهاب الزائدة والمرارة والبوق والبنقراس. ولا يكفى موضع المضض وحده فى تمييز هذه الامراض المختلفة وتفريقهامن بعضها . لانه يدل فقط كما شرحنا على الموضع الذى تكون فيه شبكة الاعصاب البريتونية اكثر اهتياجاً بانتشار الالتهاب اليه .ولنضرب لك مثلا بالمضض الموضعى فى الحفرة الحرقفية اليمنى . فقد يكون ناشئاً عن التهاب الزائدة أو البوق الايمن أو عن مرارة انتقلت لأسفل أو مواد نفذت من ثقب فى العفج . وفى التفريق بين هذه الاحوال نستعين كثيراً بالعثور على المواضع الجلدية الحساسة .

وهنا مقام الاشارة الى علامتين (١) علامة Murphy وهى علامة مهمة مميزة ولا تتغير أبداً . وتقوم على زيادة حس المرارة زيادة لا يستطيع معها المريض ان يتنفس عميقاً لو دفعت أصابعك تحت الأضلاع اليمنى أسفل الكبد. فانقباض الحجاب الحاجز يدفع الكبد لأسفل وتلمس أصابعك المرارة الحساسة فيقف التنفس بغتة . ولا تغيب هذه العلامة أبداً فى حصوات المرارة أو قنواتها .

و (٢) علامة Boas التى وصفها فى (Munch. Med. Woch. April 15. 1903)

بقوله «من أعراض حصوات المِرَّة التى لم تنل اعتباراً كبيراً المضاضة فوق سطح الكبد الخلفى . فان ظهرت واتضحت امتدت جانباً من بوصة خارج سناسن الفقار الى الخط الأَبطى الخلفى وامتدت عمودياً من شوكة الفقرة الظهرية الحادية عشرة الى الأولى القطنية. ولأظهار هذه العلامة اضغط بأصبعك على نقطة الى يمين الشوكة الظهرية العاشرة ثم على نقط متوالية أفقيا للخارج ومقابلا للسناسن الاخرى حتى الفقرة الاولى القطنية واعمل ذلك أولا فى الجانب الايسر ثم فى الأيمن .

وهذا العرض إن وجد أثناء النوبة الحادة وجد أيضاً فى الفترات بين النوبات . أى أنه اذا ظهر مرة بقى دائما . ولذلك له قيمة تشخيصية فى الادوار الاخيرة للمرض . وبالعكس اذا لم يظهر أثناء النوبة الحادة فانه لايظهر أيضا فى الفترات . وقد تكفى الاصابع عادة لتخطيط المواضع المؤلمة فاذا استرَبْت فى أى الجانبين أشد تألما فالتحقق ممكن باستعمال التيار الفرادى أو الجلوانى . وإن لم تكن المرارة وحافة الكبد مضيضة كما يحدث غالبا فالعثور على مواضع أخرى مؤلمة مع أعراض أخرى يبين التشخيص . ووجود موضع أليم أو أكثر وإن لم تحدث للمريض نوبات حادة من زمن دليل على ضرورة التعجيل بمراقبة علاجه»

وعلق السير مونيهان على هذه العلامة بقوله ان البحث عن المواضع الأَليمة ضرورى جداً عند بحث كل مريض يشكو من حصوات صفراوية أو يشتبه فيها . وهى علامة مهمة جداً ومع اشتداد الحس حول المرارة لها قيمة عظيمة فى الوصول الى تشخيص صحيح فى الحالات الصعبة والتفريق بين التهاب الزائدة الدودية والحصوات الصفراوية وأورام الجانب الايمن :

وتألم البطن تألمـاً عاما اذا لم يكن مقرونا بتوتر فى العضلات غير مقصود فـلا قيمة له . أما اذا تصلبت معه العضلات عن غير قصد دلّ على التهاب بريتونى .

ولا يسع الباحث الا أن ينبه هنا على حقيقة يجب على الطبيب أو الجراح ان يراعيها

كل مراعاة و إن أغفلها فقد ضل ضلالا بعيدا . وهى وجوب التمييز بين الألم الشخصى الذى يشعر به المريض وزيادة حس الجلد والمضض الموضعى والمضض الغائر وضرورة التفريق بينها تفريقاً واضحا . واعلم أن كلا منها فى التهاب الزائدة مثلا يظهر فى موضع مختلف. فالألم الشخصى يرتد للسُّرة وزيادة شعور الجلد بالألم توجد فى جهة (Ligat) الخاصة بالزائدة و يكون المضض الغائر عند نقطة (Mc. Burney)

(٤) القيء

القيء الحادث عند الاصابة ببحران بطنى حاد أو بعدها مباشرة هو كالألم ظاهرة منعكسة. ولذلك ليست له قيمة فى تشخيص المرض . . وينقطع هذا القيء الانعكاسى عادة فى بحر ٢٤ ساعة ولا يعود . وعودته بعد انقطاعه مدة تماما علامة تنذر بالخطر وتدل على حدوث التهاب بريتونى . أما استمرار القيء من ابتداء المرض فعلامة هامة أيضاً تدل على شك عظيم فى انسداد الأمعاء . ويقل القيء او ينعدم فى بعض البحارين . فالنزف الباطنى من تمزق حمل خارج الرحم قلما يصحبه قيء . و يأتى القيء متأخرا فى انسداد القولون أو يكون قليل الوقوع .

(٥) تصلُّب العضلات

قد تهيـِّج الاغراء الواردة من حشى مريض للقطاعات المقابلة الخليات المحركة فى الحبل الشوكى فينتج عن ذلك انكماش منعكس فى عضلات البطن التى تتغذى من هذه القطاعات ويتصلب جدار البطن فى هذه الجهة . هذا هو المنعكس الحشوى المحرك [١] الذى وصفه السير مكنزى . وما هو الاهمة من الطبيعة للوقاية والحفظ

---

(١) Viscero Motor reflex

وشبيه تمام الشبه باعتقال العضلات حول مفصل التهب غشاؤه الزلالى . وما البريتون الا مفصل حشوى عظيم .

ويتوقف موضع التصلب واتساعه على الروابط العصبية بين الحشى المصاب وقطع الحبل الشوكى . واذا كان سهلا ميسورا تخطيط مواضع الحس الجلدى فان تخطيط مواضع التصلب ليس بمثل هذه السهولة بل من الصعوبة بمكان . ولذا كان المنعكس الحشوى الحسى أفيد وأنفع من المنعكس الحشوى المحرك فى معرفة العضو المصاب وتعيين موضع الداء .

وربما ظهر المنعكس الحشوى المحرك أحيانا بدون اهتياج البريتون . ولكن الغالب ان يكون التهييج باعثا له فى بحارين البطن الحادة . ففى الطبيعة يكون البريتون رطبا بمقدار صغير من سائل مصلى اعتاد على وجوده . وكل تغير فى جوهر هذا السائل أو تركيبه الكيماوى يكون سببا فى اهتياجه وحدوث منعكس حشوى محرك . وليس مجرد زيادة السائل كافيا لاحداث ذلك فلا يتصلب البطن فى الاستسقاء الزقِّى البسيط. وطبيعى أن ننتظر زيادة فى الانقباض العضلى كلما زاد التغير الكيماوى . وأشد الانقباض يكون من السوائل الحامضة التى تدخل البريتون بغتة من انثقاب المعدة أو العفج مثلا ثم تأتى بعدها بالترتيب محتويات الأمعاء ثم الصفراء ثم البول فهو وان كان حامضا نوعا الا أنه أقل تهييجا .

أما الدم فلكونه مماثلا لسائل البريتون فى التركيب فقد ينسكب بقدر عظيم دون أن يهيج البريتون أو يحدث منعكساً محركا . ولذلك قد يحتجب تصلب جدار البطن وفى جوفه انسكاب دموى عظيم . هذا هو الواقع فى مبدأ الأمر على الاقل ولكن بعد أن يروب الدم وتتكون منه جلط أو دمات كبيرة تهيج البريتون اهتياجا خفيفاً يمكن حس تصلب بسيط فى جدار البطن

وعدم تصلب البطن واحتجاب المنعكس الحشوى المحرك فى حالة نزف

بريتونى حقيقة هامة يجب أن لا تغيب عن البال والا غابت عنا معرفة انسكاب دموى عظيم فى البطن

التميز بين تصلب العضلات المقصود وغير المقصود

المريض الذى يخشى ألما فى البطن عند بحثه أو الذى يدَّعى المرض ويطمع أن يخفى عليك أمره يقبض عضلات بطنه انقباضا مختاراً يشابه المنعكس الحشوى المحرك . ولما كان انقباض العضلات قصدا لاقيمة له فى تشخيص المرض ويتوقف على مزاج المريض وجب التميز بينه وبين الانقباض غير المقصود المسبب عن منعكس حشوى محرك حقيقي . واليك أركان الفرق بينهما : —

(١) لمس البطن بلطف بيد دافئة دقائق قليلة والضغط عليها ضغطاً منظما مستمرا ينقص التصلب المقصود أو يزيله .

(٢) الهاء المريض بسؤاله عن حاله وأعراضه أو لفت نظره وتوجيهه لجانب آخر من جسده يحدث ارتخاء فى التصلب المقصود .

(٣) يوجد دائما فى التصلب المقصود ارتخاء للحظةٍ بين آخر كل زفرة وبداية كل تنفس وقد يطول أثناء جزء من التنفس

أما التصلب الحقُّ غير المقصود فلا يتأثر بذلك مهما طال اللمس ولطف عند البحث أو مهما ألهيت المريض ولا يرتخى أبدا فى أى دور من ادوار التنفس

نقص تحرك البطن :

يرَى تصلب عضلات البطن من نقص تحركه أثناء التنفس. فنجد كل موضع لايتحرك بالتنفس متصلباً عند لمسه تصلباً عن غير قصد . وليس العكس حقيقياً فى كل الاحوال ففى بعضها يكون التحرك بالتنفس كاملا مع وجود تصلب غير مقصود وظاهر عند اللمس . يبقى التصلب غير المقصود ما بقى اهتياج البريتون المسبب له أو حتى تقلس العضلات ويخمد (Dulled) المنعكس ويحتجب . وحتى المورفين

الذى اشتهر باخفاء كثير من الظواهر المنعكسة الأولى فى مرض البطن الحاد أو ازالتها غير قادر عادة على التغلب تماما على هذا التصلب لحسن الحظ

وتصلب البطن علامة مشخِّصة ودليل قاطع على اهتياج البريتون ووجود إصابة تحته قد أنشبت فى البطن مخالباً. وهو وحده أقوى دليل لدينا على التدخل الجراحى فان تلقه لاتلق الا اصابة بطنية. وكلما فتح البطن اعتمادا على هذه العلامة وجدوا به دائما آفة معينة. أما العكس فلسوء الحظ ليس صحيحاً إذ قد تحدث غِيَرٌ عظيمة وتستمر فى الأحشاء دون تصلب البطن ومثل ذلك ما يحدث بخاصة فى أحوال النزف فى جوف البريتون وسبب ذلك كما قدمنا عدم كفاية مصل الدم لتهييج البريتون واحداث منعكس حشوى محرك

(٦) التطبُّل أو انتفاخ البطن [١]

هو وجود ريح فى الأمعاء لافى البريتون. وهو علامة ترى كلما شُلّت الأمعاء من أى سبب خصوصاً فى أحوال الانسداد والتهاب البريتون. وليس لأى نفخة معوية موضعية أهمية. انما الانتفاخ المستمر والمتزايد فى الأمعاء يجب أن يدخل فى أنفسنا شكا عظيما فى وجود الانسداد المعئى أو التهاب البريتون التهابا منتشرا.

(٧) وجود هواء طلق فى جوف البريتون

طبيعى أن يعلو الهواء الى أعلا جزء من البطن. وحيث يكون المريض مستلقيا على ظهره فالهواء يرتفع الى ما بين الكبد وجدار البطن والحجاب الحاجز. ومن ذلك تنقص أصمية الكبد العادية أو تزول. وتتأثر أصمية الطحال الطبيعية كذلك وبما أنها غير ثابتة المساحة فلا يعتمد على زوالها ولا فائدة منه فى التشخيص.

وفقد أصمية الكبد علامة ايجابية عظيمة القدر إذا لم يوجد انتفاخ شديد فى

---

(١) Meteorism

الأمعاء يجرّ القولون المستعرض بين الكبد والحجاب الحاجز. أما كعلامة سلبية فلا قيمة لها. ووجود أصمية طبيعية لاينفى أبدا انثقاب القناة الهضمية إذ قد لاينفذ الا القليل من الهواء بحيث لاتتغير حدود الأَصمية كثيرا. وتحديد أصمية الكبد مهم للغاية خصوصا فى مريض قد حُدِّدت فيه منذ ساعة تقريبا

(٨) وجود سائل طليق فى جوف البريتون

نلقى سائلا فى جوف البريتون فى كثير من أحوال البطن الحادة. ونعرفه بوجود أصمية منتقلة فى القطنين.

ويوجد (١) فى نزف بطنى كبير من تمزق حمل خارج الرحم أو تمزق الطحال او الكبد

(٢) بعد تمزق عضو يحتوى على سائل عظيم كتمزق المثانة الممتلئة بالبول

(٣) بعد تمزق كيس كبير مثل كيس مبيضى أو هيداتيدى

(٤) انثقاب معدة مملوءة بالماء

(٩) وجود ورم معين فى البطن أو الحوض

علامة قيمة فى التشخيص وأكثر ما ترى فى البحارين الالتهابية مثل التهاب الزائدة الدودية أو المرارة وفى التهابات الحوض. ولكن ربما خفى الورم وان وُجِدَ وصعب العثور عليه لتصلب العضلات فوقه. واحذر أن تعمد الى العنف والقوة فى البحث عنه فقد يتمزق خراج الزائدة مثلا من ذلك بسهولة

وقد نجد ورماً محدوداً فى بعض أحوال انسداد المعى خصوصاً الانغماد وحينئذ يكون موضع الورم وشكله مميزاً وفى الانسداد من ورم خبيث أو براز كثيف أو جسم غريب كحصاة صفراوية أحياناً

(١٠) بحث الشرج والمهبل

غالباً ما يلقى امتحان الشرج نوراً نهتدي به فى تشخيص بحارين البطن التى اعتاص امرها واستبهم علينا خصوصاً فى أحوال الالتهاب والانسداد . فقد نحس الزوائد الدودية الملتهبة من الشرج ونعثر على خرّجانها بينما يكون بحث البطن سالبا ولم يدل على شيء .

وفى السدد من الانغماد قد نحس الورم الانغمادى كما نحس أورام المستقيم الخبيثة التى تسدُّه . فان كانت عالية الموقع فى القولون فانتفاخ المصران بعدها مما يوجد شكا قويا فى وجودها ولو أن هذا الانتفاخ علامة توجد أيضاً فى التهاب البريتون.

لقد فسَّرنا كلا من الأعراض على حدة فننتقل الى وصفها جماعات والكلام عنها فرقا كما تشاهد فى الواقع إكلينيكيا. وقبل البت فى أمر أى حالة ظهرت عليها أعراض تشير الى حدوث بحران بطنى حاد والجزم بأن سببها يرجع الى حادث وقع فى البطن يتطلب علاجاً جراحياً لابد من تذكر أمرين مهمين اذا شئت أن تأمن الزلل : —

(١) بحارين البطن فى مرض اختلاج الحركة أو ضنى الظهر [١] وقد تكون مَعِدية أو معوية أو كلوية. وعليك أن تعمل دائما بقاعدة رئيسية هى اختبار رجْفة الركبة [٢] فى كل حالة بطنية

وعليك أن تعرف أن ضنى الظهر لايحجب وجود بحران بطنى حقيقى معه . وتذكّر أن عدم شعور أحشاء المُضْنَى بالألم واحتجاب زيادة الحس فى الجلد والمضاضة والتصلب قد تجعل معرفة بحران من هذا النوع من الصعوبة بمكان وعبئا من فادح الأعباء .

(٢) امكان الخلط بين مرض بطنى حاد ومرض صدرى حاد مثل الالتهاب البلوروى الحجابى الحاد والتهاب التامور. وهذه صعوبة عظيمة وحقيقية أحيانا وكثيراً ما أخطأ أبرع الجراحين وفتح البطن فوجد البريتون سليما والمرض فى الصدر. وكلما

Knee Jerk (2) Locomotor Ataxia, Tabes doralis(1)

ظهر التهاب رئوى فصّى حاد فى ظرف ٢٤ — ٤٨ ساعة بعد عملية مبكرة لاستئصال زائدة دودية فتأكّد أن الالتهاب الرئوى كان السبب الحقيقى للأعراض وأن العملية لم تكن لازمة . إذ عندما يكون التهاب الرئة من عملية جراحية فانه يكون من النوع الفُصَيْصى أو الشعبى الرئوى . وقد قلنا سابقا أن الاعصاب الظهرية الستة السفلى تغذِّى الجانب والخلف من نصف الصدر الأسفل قبل دخولها فى جدار البطن الامامى . وفى مرض أحشاء الصدر خصوصاً التهاب قاعدة الرئة والبلورا قد يرتد الألم الى اطراف هذه الأعصاب فى جهة من نصف جدار البطن الامامى كما يحدث فى أمراض البطن الحادة . ويكون الالتباس غالباً فى الأطفال لعدم استطاعتهم الافصاح فى وصف الأعراض ولأن علامات التهاب الرئة فيهم لا تستبين سريعاً وقد تتأخر ٢٤ — ٤٨ ساعة . وخُذْ مثلا ماتراه فى طفل فى مبدأ مرضه بالتهاب رئوى ترى كل الاعراض الآتية أو بعضها :

(١) ألم حاد ينعكس الى نصف جدار البطن الأمامى

(ب) مضض من لمس البطن

(حـ) تصلب عضلات البطن ونقص تحركها بالتنفس

(ء) انتفاخ البطن من الامساك المصاحب

(هـ) غثيان وقىء وفواق

فاذا وجد ذلك ولم تظهر بعد علامات فى الرئتين فهل لاتقر بأن الشبه ببحران بطنى كامل وحقيقى ؟ كن من ذلك على وجل . وعليك أيضا ملاحظة النقط الآتية للتمييز بين المرضين :

(١) سرعة التنفس لاتتناسب مطلقاً مع أعراض البطن أو النبض . فقد يكون التنفس من ٤٠ — ٥٠ مرة والنبض ١٠٠ فقط . واليك قاعدة عملية ان اتبعتها أمنت من الشطط : اذا كانت نسبة النبض الى التنفس أقل من ٣ : ١ ترجّح مرض

الصدر . وان زادت عن ٣:١ دلت على سبب بطنى

(٢) متوسط الحرارة فى مرض صدرى أعلا منه فى مرض بطنى . وعلى ذلك وجود حرارة مرتفعة مع نسبة نبض للتنفس قليلة يشير الى مرض صدرى وكذلك حدوث رعشة أو ظهور عقابيل على الشفة [1]

(٣) فى مرض الصدر يكون مضض البطن سطحياً. والضغط بالكف لا يمكن احتماله فحسب بل يخفف اصابة الصدر

(٤) مهما اصطحب مرض الصدر بتصلب فى عضلات جدار البطن فانه يكون من النوع المقصود . وفى جميع الاحوال يمكن التحقق من ظهور ارتخاء وقتى فى نهاية التنفس أو الزفير وهذا مالا يقع مع اصابات البريتون

(٥) والكشف عن مواقع زيادة الشعور بالألم واظهارها يشير الى الحشى البطنى المصاب .وهذه المواقع لا توجد فى مرض أحشاء الصدر . ولكن سبق القول بأن وجودها غير مشروط فى أمراض البطن الحادة

(٦) امتحان الشرج قد يساعدنا والمضاضة الظاهرة تشير الى التهاب بريتونى .

فاذا استربتَ واعتاص الامر عليك بعد بحث كل هذه النقط ولم تهتد للصواب ففتح البطن فوراً للاستقصاء واجب حتْماً. لأنه أخف الضررين : التأخير الخطر والعملية غير المطلوبة

أما وقد أخرجنا كل مغالطة وأبعدنا كل خديعة . وقطعنا بأننا أمام بحران بطنى حقيقى فعلينا بعد ذلك أن ننظر فى الأسباب الممكنة لهذا الحادث . وليس الغرض هنا سرد جميع الاسباب المختلفة لأمراض البطن الحادة فعددها كبير جداً انما القصد ايجاد طريقة أو وضع نظام تعليمى وعملى للارشاد وقت بحث المريض . والطريقة الآتية التى تقسم هذه الأسباب الى خمس فرق طريقة سهلة وعملية :—

Herpes Labialis (1)

(١) الأمغاص [١]

(٢) الثقوب [٢]

(٣) النزوف [٣]

(٤) الالتهابات

(٥) الأسداد أو السدود [٤]

وهذا الترتيب يخبرنا أيضاً تقريباً بمعدّل بغت وقوعها . وينبغى أن نتذكر أن الأعراض الأولية فى جميع هذه الفرق قد تكون واحدة ومتشابهة . لأنها تتوقف على سبب واحد هو صدمة الضفيرة الشمسية التى تستبين إكلينيكيا بالألم المنعكس لمنتصف جدار البطن والقىء والصدمة . وهذه الاعراض وصفها السير فردريك تريفز من زمن بكلمة جامعة Peritoism وجعلنا مقابلها بالعربية كلمة تثريب من الثرب أو البريتون . وليس لهذه الاعراض قيمة فى التشخيص المقابل لأنها توجد مهما كان نوع الآفة أو موضعها . بشرط أن تكون شديدة لدرجة تنبّه الضفيرة الشمسية مباشرة أو بواسطة. وهذا الدور الاول من الصدمة أيضاً دور عاجل سريع الزوال يعقبه دور رَدَد أو ارتداد يتميز بهدو خطر وراحة قبل تجدد الزوبعة وفى أثنائه قد تزول جميع الاعراض العامة وتحتجب تماماً . ويكون عسيراً على الجراح أن يقتنع بوجود حائنة بطنية دَعْك من المريض أو ذويه فقد يزعم أنه أمن من الردى وهذه البرهة الخطرة عرفت جيداً من زمن فى مرض الزائدة الدودية الحادة . ولكن حدوثها فى أمراض البطن الحادة الاخرى ليس معلوماً للجميع

ونبه الاستاذ Rutherford Morison على ذلك فى المجلة الطبية الانكليزية ٣ يناير سنة ١٩١٤ . ووصف ثلاثة أدوار للاعراض فى كل بحران بطنى حاد وسماها بالمجموع المثلث Triple Syndrome

---

(١) جمع مغص Colic (٢) Perforations (٣) جمع نزف (٤) جمع سد Obtruction

(١) دور الصدمة (٢) دور الرَّدد[١] (٣) دور خاص بكل إصابة أو آفة وإذا استُقْدِم دور الرَّدد وشُدّد باعطاء المورفين اعتباطا وبغير تمييز كما يحدث غالباً فقد يكون من ذلك مَغْواة وعثْرة فى التشخيص

(١) الامغاص [٢]

ينشأ مغص البطن دائماً عن انقباض العضلات فى أحد القنوات انقباضاً ديدانياً شديداً . وهذا الانقباض الديدانى لانشعر به عادة الا اذا اشتد للتغلب على سدد يمنع مرور السوائل التى تجرى فيها. وسبب الألم تمدد القنوات وانتفاخها. وتتميز الامغاص بما يأتى : — (١) أخْذة ألم شديد بغتة (٢) زوال الألم بغتة (٣) وميله للعودة . والألم ينعكس أيضاً الى جهات خاصة مميزة . فألم المغص الصفراوى يحس فى القسم الشراسيفى أو فى المراق الأيمن وينتشر خلفا الى زاوية اللوح الأيمن وأحياناً الى رأس الكتف عند ما تتنبه أطراف العصب الحجابى . وفى المغص الكلوى يشعر المريض بابتداء الألم فى القطن ثم يضرب لأسفل نحو خِنِّ الورك والرَّبلة أو السطح الانسى للفخذ والخصية. ويغلب أن تكون الخصية مضيضة لانها والكلية تستمدان الاعصاب من قطاع واحد فى الحبل الشوكى مع أن جلد الصفن قد لا يشعر بأى ألم لانه يأخذ أعصابه من القطع العجزية . ومن المهم جداً وجود المغص الكلوى مع زيادة فى رغبة التبوّل ودم فى البول أحياناً فهى علامات مشخصة . أما فى مغص الامعاء أو القولونج فيحس الألم فوق البطن خصوصاً فى المغص الرصاصي حيث يكون النبض بطيئاً أثناء الألم ويوجد مع ذلك قىء وإمساك وخط أزرق فى اللثة وقد يكون البطن مضيضاً .

ويخمد الألم أو يهدأ كثيرا بالضغط فى كثير من الامغاص خصوصا المغص المعوى. وهذا مالا يحدث اذا كان البريتون ملتهبا. وقد تتصلب عضلات البطن خصوصاً

Colic (٢) Reaction Period (١)

فى المغص الصفراوى والكلوى ولكن هذا التصلب لايكون من النوع الذى لا يُلَيّن فى التصلب الحقيقى غير المقصود . وعدم سكون المريض ولو أنه لا يُخْمِد الألم من مميزات الأمغاص ولا يوجد أبدا فى الأنثقاب

(٢) الثقوب

جاءت معرفتنا بالانثقابات الحادة من درس انثقابات الزائدة الدودية أولا ثم من ثقب الاحشاء الأخرى باصابة أو آفة .

وتتميز انثقابات الاحشاءب (١) مفاجأة ألم شديدجداً يصفه المريض عادة بأنه ألم قاطع أو ممزِّق . (٢) شدة الصدمة الأولى التى قد تزول سريعاً على كل حال (٣) شدة ظهور التصلب العضلى الحقيقى غير المقصود من الابتداء (٤) وأحيانا بظهور علامات على وجود هواء أو سائل طليق فى البريتون .

وأهم هذه المميزات العلامة الثالثة التى توجد دائما . وهى دلالة تتطلب فتح البطن حالا . وربما وجد دليل يرشد الى موضع الثقب وتعيين الحشى المصاب من الموقع الجلدى الأشد شعورا بالألم ومن تاريخ المريض سابقاً وإصابته بعسر هضم أو بالتهاب الزائدة أو بالتيفود . ولكن لا ينبغى تضييع الوقت فى بحث هذه المسألة لأن العثور على موضع الثقب لايمكن التأكد منه الا عند العملية فقط .

ومن حسن الحظ أن فتح البطن بشق طولى يبعد يميناً ببوصة عن الخط المتوسط يمكِّن الجراح من بحث كامل للزائدة والمرارة والمعدة والعفج والبنقراس والامعاء ويسمح بعمل كل ما يلزم بدون نظر الى التشخيص قبل العملية .

ومن أهم المهمات تشخيص الانثقاب سريعاً ومعالجته فورا . فالتوانى فى تشخيص التهاب حاد فى الزائدة مما يوجب الأسف ولكنه لا يبعث الموت دائماً . والخطأ فى تشخيص مرارة ملتهبة أو بوق قائح أمر خطر ولكنه يُصلَح بعملية فيما بعد . أما التوانى أو الخطأ فى تشخيص قرحة ثُقِبت أو معى تمزّق خطأ يؤدى الى التمهل أو

التراخى فمعناه الحكم باعدام المريض حكما لا يُصْلَح . إذ لو عملت العملية فى ظرف الست ساعات الأولى فالشفاء محقق ولو عملت بعد ٢٤ ساعة فالشفاء قرين الريب وإن تأخرت العملية بعد ذلك فالموت محتمل .

ومن المعلوم أن جميع الأنثقابات لا تنتهى بالموت اذا لم تعالج بالعمليات الجراحية. فهناك عوامل كثيرة تعمل فيها وتسمح بشفاء ذاتى . وتتوقف هذه العوامل على قوة الدفاع والمقاومة فى بنية المريض وعلى موقع الثقب وعلاقاته التشريحية بالنسبة لامكان تحديد الخرير أو الوكوف بالالتصاقات أو انتشار المادة الملوِّثة وحدوث التهاب بريتونى منها . وتتوقف أيضا على علاقة الحشى المثقوب بالثرب والقولون وغيره من الأحشاء المغلفة بالبريتون وبجدار البطن فهى التى تقف سدودا آلية أمام زيادة انتشار التلوُّث وخصوصا عل العوامل الآلية التى تمنع تدنس البريتون بزيادة الحركة الديدانية للأمعاء الدُّقاق. ولا يزال القول المأثور بأن المسهلات تقتل المصاب بثقب حاد مقبولا عند جميع الاطباء

أما الحمية وغسل المعدة وحقن الماء فى الشرج فهى وسائل تقلل من أخطار التلوُّث والعدوى بواسطة الحركة الديدانية المعوية

وان تُرِكَ التلوُّث حتى يصير التهابا بريتونيا فقد ضاعت من الجراح أكبر وأحسن فرصة . وليعلم انه اذا كان لابد من اجراء عمليـة فى التهاب بريتونى من آفة موضعية فعليه أن يسرع بالتداخل ويخرج بأسرع مما دخل .وأن يختار وقتا حيث يكون التداخل مأمونا بدلا من جلب رُزْء جراحى لمريض ليس له فى النجاة الا أمل ضعيف .

للبريتون خواص عجيبة للمقاومة ودفع العدوى وليس للجراح الا أن يكون معينا للظواهر الطبيعية التى تقضى بالشفاء. وليس من شأنه عمل غير ذلك. وانثقابات الأحشاء البطنية الحادة تنقسم بالنسبة للبريتون الى ثلاثة أدوار(١) دور التلوُّث[١]

---

(١) Contamination

ويستبين بالصدمة ومضض وألم موضعى (٢) يعقبه دور الردد [١] وهو دور خطر جداً لأن كثيرا من المثقوبين يقعون فيه بعد دور التلوّث الذى فيه وحده يمكن تخليصهم . (٣) دور الالتهاب البريتونى المنتشر . والتحسن الظاهر فى دور الرَّدَّة يؤدى الى ظن بأن المريض قد تحسن وأمن من الرَّدى حتى يأتى دور الالتهاب البريتونى . أما تصلب العضلات والمضض فيوجدان عادة وقد يحتجبان فى الكاهل الجسيم الذى تخدَّر بريتونه من رسوب الشحم خلفه .

وموضع الزائدة الدودية التشريحى حسن يجعل الأمل كبيراً فى تحديد العفونة وشفائها وحدها أحيانا. وكذلك محيط المرارة يساعد كثيرا على ترقُّب الوقاية من انتشار الدنس : وانثقاب العفج فى جوف البريتون أكثر أنواع الثقوب الحادة حدوثا ومن حسن الحظ أن مضامين العفج طاهرة نوعا وقليلة الكمية ولها ميل للانحدار نحو الزائدة الدودية . ولذلك يغلب تشخيصه قبل فتح البطن التهابا فى فى الزائدة ويشفى عدد كبير من هؤلاء المرضى بنفسه من الاصابة الاولى . وكثيرا ما أخرجت الزائدة وعليها شواهد التهاب بريتونى سطحى بدون مرض فى غشائها المخاطى ولم يعرف أن السبب الاصلى كان ثقبا فى العفج

والعفج واقع أيضا موقعا حسنا للغاية بالنسبة لترقُب الالتصاقات الممكنة مع الترب المعدى الكبدى والمرارة والقولون المستعرض والتى تحبس الدنس سريعا وتقى المريض شر التهاب بريتونى منتشر

أما انثقاب المعدة فأقل ملاءمة من الثقوب الاخرى بالنسبة لأمكان حدوث التصاقات وحبس الدنس ولكنه لحسن الحظ أقل الثقوب حدوثا

وانثقاب المرارة فى جوف البريتون لا يزيد عن الثقوب الأخرى خطرا الا بسبب تكرار نوبات التهاب المرارة على المريض وتعوده عليها ومن ثم اعتقاده بأن الحالة الحادثةهى أحد هذه النوبات. ولذا لايُصرُّ على العملية المبكرة فى هذه الاحوال

---

(١) Period at Reaction

الانثقابية ويموت المريض من تأخر اجراء العملية فى وقت مناسب لا من حدة العدوى.

وفى انثقاب المعى من التيفود تبـدأ الأعراض فى أسفل البطن لأن المعى اللفائفى هو موضع الثقب عادة. وفى حالة تمزق المثانة من سقطة أو كسر الحوض أو ضربة على الثنة يمكن زيادة التحقق من ثقبها بتفريغها ثم حقنها بمقدار معين من محلول الملح ثم قياس ما يخرج منها بعد ذلك أو بحثها بالمنظار الـكهربائى .

(٣) النزف

اذا اشتد النزف فى أحد التجاويف المخاطية لاحشاء البطن حتى يحدث بحرانا فانه يستبين حالا بخروج الدم من أحد الفتحات الطبيعية ومثل ذلك نزف المعدة والأمعاء والرحم . أما النزف الحادث فى جوف البريتون فهو الذى ربما خفى وضلَّ عنا . وللسبب الذى سبق شرحه وهو قصور الدم عن تهييج البريتون ليحدث منعكساً حشويا عضلياً يكون تصلب العضـلات معدوماً تماماً . والواقع أننا نعتمد فى تشخيص النزف على اتفاق حدوث أعراض النزف العامة والتى قد تتأخر فى الظهور اذا كان النزف بطيئاً .

وعلى ذلك كلما أو حيثما وُجِدْنا أمام تاريخ لألم بطنى فجائى وحاد مصحوب أو غير مصحوب بعلامات التثريب أو البريتونية وأنيميا سريعة مع نبض رفيع وسريع وحرارة منخفضة وكان البطن ليناً تماماً سهل العُطوفة وغير منتفخ وجب علينا ولو استطعنا ابعاد البحارين الاخرى أن نتذكر النزف ونتنبه الى إمـكان حدوثه فى البريتون . فاذا لاحظت فى ظرف سـاعات قليلة ازدياداً مستمراً فى النبض وازدياداً فى صفرة الوجه والاظافر والاغشية المخاطية وعدم قرار المريض وقلقه وبقى البطن مع ذلك ليناً فايقن أن هناك نزفا فى البريتون وشخِّصْهُ كذلك بوثوق تام.

وأهم أسباب النزف إصابة البطن . وكل اصابة بالغة يجب أن يعهد بها للجراح فان وجد جرحاً ظاهرا فى جدار البطن فلا شك فى القيام بالعلاج الجراحى فوراً . أما الحالات التى لايكون فيها جرح ظاهر وهى موضع الكلام ففى كثير منها لاتتجلى الاعراض حالا وقد تبقى كامنة ساعات . واهم أسبابها الهرس أو الضرب أو الرفص أو الشد أوالسقوط . ويتوقف نوع الاصابة على استعداد المريض لتلقّى الصدمة أو عدمه . فان أخذت البطن على غِرَّة كانت اصابة البطن بليغة. أمااذا تصلب للقاء الصدمة فانه يخفف الضرر الواقع على ماتحتها من الاحشاء .

وكل اصابة لجدار البطن مهما خَفّت ربما سببت آفة عظيمة لاحد الاحشاء وتسوء الحالة دون وعى الطبيب خصوصاً اذا لم توجد اصابة لجدار البطن. والاحشاء الصلبة وهي الكبد والطحال والبنقراس والكليتان واقعة عميقاً فى البطن فى حفظ الاضلاع. أما الاعضاء الجوفاء كالمعدة والامعاء والحالب والمثانة فأشد عرضة للاصابة. وفي البلاد الحارة حيث الملاريا منتشرة والمصابون بالطحل كثيرون قد يتمزق الطحال من نفسه أو من أى اصابة خفيفة .واصابة الاعضاء الصلبة تسبب نزفاً أما اصابة الاعضاء المجوفة فتسبب انثقاباً ثم التهاباً بريتونياً . وكلاهما يقترن بصدمة شديدة .

وفيما عدا جروح الاحشاء يكون النزف أكثر حدوثاً من تمزق حمل خارج الرحم . فهو أكثر أسباب الوفاة بغتة فى صغار النساء اللاتى تمتعن بصحة طيبة من قبل .وقد يلتبس هذا التمزق بانثقاب قرحة المعدة ولكن حدوث هذا الخلط والخطأ لايجوز اذا التفت الجراح الى تاريخ المريض والى حالة عضلات البطن . ففى تمزق الحمل خارج الرحم يكون التصلب غير المقصود معدوماً مطلقاً وفى تمزق قرحة المعدة يكون ظاهراً جداً . وزيادة على ذلك فالمريضة التى تمزق حملها خارج الرحم تكون متململة متقلقلة ترتمى من جانب لآخر بصورة لاتوجد أبداً فى انثقاب قرحة المعدة حيث يُعْمَل كل جهد لجعل البطن ساكناً لايتحرك بقدر الامكان . ومع كل فلا

يوجد سبب يزيد سرعة النبض هكذا باستمرار غير النزف . ولو أن النبض يزيد في الصدمة الاولى فى انثقاب المعدة فانه ينقص ثانيا ويعود فيزداد سرعة بظهور الالتهاب البريتونى

(٤) الالتهابات

أخص مميزات الالتهابات (١) كون الهجوم أقل بغتة منـه فى الفرق الثلاث السابقة . وسبْق توعُّكٍ للبحران بأيام قليلة . ولا يبلغ الألم أشده أبدا فى اللحظات الأولى كما فى المغص أو الانثقاب أو الانسداد . ولـكنه يشتد تدريجا حتى يبلغ أقصاه فى ظرف ٨ ساعات . وعلى ذلك فالشخص الذى يكون طيباً فى لحظة وفى ألم شديد ونزع فى لحظة أخرى يكون مريضا بنوع آخر من بحارين البطن غير الالتهاب . وتذكُّر هذه الحقيقة يمنع كثيرا من الخطأ فى تشخيص التهاب حاد بالزائدة الدودية وتمييزه من البحارين الأخرى

(٢) هذا هو النوع الوحيد من الفرق الخمس الذى قد ترتفع فيه الحرارة فى الأدوار الأولى . ولـكن لا يصح بأى حال اتخاذ عدم ارتفاعها دليلا لنفى تشخيص . كما لا يصح أبدا انتظاره لتكميل التشخيص فى حالة مبهمة

(٣) ويتجلى سريعا مضض موضعى معين وتنتشر المضاضة من هذا المركز . وقد يعرف المضض لأول مرة من بحث الشرج فى التهاب الزائدة الحوضى والتهاب بوق الرحم

(٤) تصلُّب العضلات غير المقصود يكون معدوما فى الأول ثم يظهر فقط عند اصابة البريتون الجدارى ويمتد بانتشار الالتهاب البريتونى

(٥) قد يُحَسُّ ورم فى جهة الزائدة الدودية أو فى الـكبد أو المرارة أو فى جانب من الرحم فى التهاب الزائدة أو الـكبد أو المرارة أو بوق الرحم بالتوالى .

وهى الاسباب الاربعة الأكثر احداثا للبحارين الالتهابية الحادة . وليس هذا الورم الالتهابى ناشئاً عن تورُّم الأعور أو الزائدة كماظن بعضهم بل ناتج من التصاقات الثرب (الذى سماه الاستاذ روثرفور موريسون بوليس البطن) أوالأمعاء أو الأحشاء الأخرى بالحشى المصاب بالالتهاب أصلا . وتمييز التهاب الزائدة الحاد فى الأحوال الشديدة مستطاع فقط بالالتفات الى النقطة الآتية (١) اختلاف مواضع زيادة شعور الجلد بالألم فيها (٢) موقع المغص الموضعى الزائد والتصلب العضلى . غير أن هذا الدليل يخطىء أحيانا لأن الورم والمغص فى الحفرة الحرقفية اليمنى قد يتسببان من مرارة ملتهبة منتقلة لأسفل خلافا للمعتاد . وقد يتسبب الورم والمغص أسفل الضلوع اليمنى من زائدة لم تنزل الى موضعها المعتاد وبقيت بجوار التعريج الكبدى . (٣) وورم المرارة الملتهبة يندر أن يكون مثبّتا بالتصاقات ولذلك يتحرك مع التنفس. أما خراج الزائدة فلا يتأثر بالتنفس مطلقا. وللمرارة الممتلئة حرف مستدير من أسفل أما خراج الزائدة فحرفه المستدير لأعلى وتوجد مسافة رنّانه بين ورم الزائدة والكبد لاتوجد فى ورم المرارة (٤) قد نستعين على صحة التشخيص بما يعلم من سابق الامراض كالحصوات الصفراوية. ونوبات التهاب الزائدة أكثر وقوعا فى الذكور وقبل سن الأربعين

وربما اعتاص الأمر عليك فى تمييز التهاب الزائدة الحاد من التهاب حاد فى البوق الأيمن وربما وجدا معاً فاستبحث الأمور الآتية للتفريق بينهما (١) الترتيب الخاص المميز لهجوم الأعراض فى التهاب الزائدة الحاد والذى أجاد فى وصفه الدكتور G. B. Murphey وهذا الترتيب لا يوجد أبدا فى التهاب البوق ــ واليك أعراض التهاب الزائدة بحسب ترتيب وقوعها : ـــ

اولا ــ ألم شديد فى البطن يأخذ المريض بغتة ويؤول الا الى القسم الشراسيفى أو السرى

ثانيا — غثيان أوقىء ويحدث غالبا بعد ٣ـ ٤ ساعات من أخذة الألم .
ثالثا — حساسة البطن عامة وتكون أشد ظهورا فى جانب البطن الأيمن
وخصوصا فوق الزائدة
رابعا — ارتفاع الحرارة ويبتدىء من ساعتين الى ٢٤ بعد ظهور الألم. وتصل
الحرارة فى الأحوال الشديدة الى ٣٩ أو ٣٩ر٥ بين ٨ أو ١٢ ساعة
من الألم الاولى. تقع الأعراض بحسب هذا الترتيب و بدون استثناء
تقريبا. فاذا اختلف هذا الترتيب وجب الشك فى التشخيص .

(٢) تكون زيادة شعور الجلد بالألم من التهاب البوق أشد ظهورا عند موضع أسفل كثيرا من الموضع الخاص بالزائدة الدودية . وغالبا لا يسبب التهاب البوق ألما فى الشراسيفى

(٣) تاريخ سابق لأفراز مهبلى أو مرض فى الحوض الخ مما يساعد أيضا على حسن التشخيص .

ولابد أيضا من تمييز التهاب الزائدة الحاد من التهاب حوض الكلية اليمنى الحاد الذى يبدأ عادة برعشة ويوجد معه ألم عند التبول الذى تكثر مراته ويكون البول قاتما أو عكرا من الباشلسات وغالبا لا تتصلب عضلات البطن . وكل ذلك لا يوجد مع التهاب الزائدة الحاد .

واعلم ان الديسنطريا والملاريا قد تتسبب عنهما أعراض بحران بطنى حاد من التهاب الكبد أو ظهور خراج به . واليك الأعراض التى توجد دائما فى الكباد الأميبى الحاد . —

(١) تضخم الكبد (٢) ألم فوق الكبد (٣) حمى (٤) زيادة كرّيات الدم البيضاء (٥) التأثر بالأميتين. وربما وجد أيضا تاريخ ديسنطريا أو عرق ورعشة ويرقان . ووجود الحمى مع كبد ملتهب ومؤلم فى شخص فى البلاد الحارة يجب أن يدخل علينا الشك فى أن الاصابة كُباد أميبى سواء كان هناك تاريخ ديسنطريا أو

لا . ويتأكد التشخيص من الزيادة فى كريات الدم البيضاء ومن السرعة العظيمة التى تخف بها الاعراض بعد اعطاء مقدارين أو ثلاثة من الأميتين.

وكبادالملاريا يقترن بيرقان ووجود طفيلة فى الدم

(٥) السدود

وهى أكثر البحارين البطنية الحادة

احتياجا لتحسين الطرق العلاجية الجراحية بخلاف البحارين الاخرى التى سبق وصفها . ففى الثقوب والنزوف والالتهابات قد تحسنت طرق العلاج كثيرا وكان لتقدم فن الجراحة والعلاج بعد العمليات شأن كبير أيضا فى تحسين النتائج العملية . ولكن الفضل الأكبر فى هذا الظفر يرجع الى تشخيص هذه الأحوال مبكرا حتى يتسنى تطبيق العلاج الجراحى المناسب . أما أحوال انسداد الأمعاء فلا زال كثير منها الا ما كان ناشئاً عن أسباب ظاهرة كالفتق يمر دون معرفته أو يترك حتى يتجلى العرض الأخير المذكور فى كتب الجراحة وهو قُياء البراز .

كلُّنا بائد وأىّ بنى آدم خالد. وعند يوم الحساب فى الآخرة سيؤدّى كل منا حسابا عما عملت يداه . و يومئذ تجزى كل نفس بما كسبت . والويل لمن ابتدع هذا العرض وأدخله فى كتب الجراحة كعلامة مميزة وكان أجدر أن يُعَدَّ دليلا على موت عاجل فلا يُنْتَظر ظهوره أبدا لأكمال التشخيص فى حالة مبهمة .

وقياء البراز يدل عادة على تسمم شديد . بحيث انه اذا خفى السبب ولم يكن الانسداد من فتق ظاهر لا يمكن المريض تحمل صدمة أخرى من عملية جراحية ويموت مسموما . فاذا دقق الطبيب وسعى لتشخيص الانسداد مبكرا قلت الوفيات المريعة من هذه الحائنة . وتختلف أعراض الانسداد المعوى الحادة بحسب موضع السدد وكلما علا الموضع كلما زادت الاعراض شدة .

والمميزات الخاصة بالانسداد هى (١) استمرار القيء : يستمر القيء الأولى

الانعكاسى بدون انقطاع الى قئ لانسداد. وهو عرض دائم ويختلف كثيرا بحسب موضع السدد فكلما علا كان القيء أكثر سرعة فى مجيئه وأشد. وقد ينعدم القيء فى انسداد القولون ولكن الغثيان يوجد دائما

(٢) انقطاع خروج الريح — اذا لم يخرج الريح فى حالة انسداد مشتبهة فى ظرف ٢٤ ساعة بالرغم من تكرار الحقن الشرجية فأيقن ان أمامك حالة انسداد معوى

(٣) انتفاخ البطن باستمرار — وهو علامة تتطلب دائما تداخل الجراح

وتتأخر عادة فى ظهورها فى الأحوال الحادة وفى أحوال انسداد المعى الدقيق الأعلى. أما فى انسداد القولون ونهاية المعى الدقيق فتظهر سريعا.

واعلم أن الانتظار حتى يصير الانتفاخ عاماً من شأنه أن يجعل العملية أكثر صعوبة. اذ لا مفرّ من خروج الأمعاء وقت العملية وتعذر ردها للبطن. وذلك مما يشدد الصدمة زيادة عن شلّ الأمعاء من زيادة الشد والمط والتسمم.

أما عدم وجود تصلب عضلى حقيقى وعدم المواضع الحساسة والمضيضة فهى علامات سلبية لها قيمة. وتوجد فى بعض أنواع الانسداد علامات أخرى تساعدنا فى التشخيص. ففى الانغماد يوجد زحير ويخرج دم ومخاط من الشرج. وحتى قبل حدوث ذلك اذا أدخل الأصبع فى المستقيم ربما وجد مطلياً بالدم عند اخراجه. وقد يوجد ورم بشكل خاص فى موضع من مواضع القولون أو فى المستقيم وربما لا يتضح الورم إلا عند مرور حركة ديدانية عليه وقد لايحس الا فى نوبة ألم عندما يصرخ الطفل فلا تحجبه الانقباضات العضلية المقصودة

وكثير من أحوال الانسداد المزمنة تنتهى بشكل حادور بما ظن أنها بحارين أولية. ولكنها تعرف بوجود علامتين لاتوجدان أبداً الا اذا كان الانسداد حادثاً من زمن طويل: (١) رؤية حدود كلّ من حوّيات الأمعاء المتمددة تحت جدار البطن الرقيق (٢) مشاهدة حركات ديدانية على حويات هذه الأمعاء.

وهناك حائنات تجمع بين أوصاف غير واحد من البحارين السابقة . كاجتماع مميزات الالتهاب والسدد معاً . وهناك بحارين نادرة لاتدخل تماماً ضمن حدود الفرق السابقة وأهمها التهاب البنقراس الحاد النزفى والتواء عنق كيس مبيضى .

فالتهاب البنقراس النزفى ولو أنه يدخل تحت الالتهاب غير انه لمفاجأته وشدته يلتبس بانثقاب المعدة أو العفج أو بانسداد المعى الصائم . وشدة الاعراض تتطلب العملية فوراً والتشخيص الحقيقى لايتم الا بعد فتح البطن .وظهور انسكاب دموى لا رائحة له ووجود نقط دهنية عطبة فى الثرب والمسار يقا توجه نظر الجراح حالا الى البنقراس .

أما التواء كيس المبيض فأعراضه حادة من الأول .ويسهل تشخيصه اذا كان الورم معلوماً للطبيب من قبل . والألم البطنى الفجائى مع زيادة حجم الورم بغتة مميزات خاصة . وان لم يعرف الورم من قبل فمن السهل أيضاً حسه من البطن أو من المهبل فى مبدأ الامر . واذا كان الورم فى اليمين فكبر حجمه يميزه من خراج الزائدة الذى لا يبلغ أبداً هذا الحجم .

أما اذا التهب البريتون فيما بعد واحتجب الورم خلف العضلات المتصلبة فالتخدير يزيل هذا التصلب ويمكن الجراح تشخيص كيس المبيض قبل شق البطن ؟

محمد شرف

ملاحظات عن علاج الكسور

للدكتور ابراهيم بك فهمى المنياوى

ساترك فى هذا البحث الاسعاف الطبى فى احوال الكسور لتأكدى انه من الامور السهلة التى يكسبها الطبيب بالاختبار واطرق الباب الهام وهو تنظيم العلاج طبقا للاختبار الحديث

من المسلم به انه لكى نحصل على نتيجة تامة وسريعة فى معالجة الكسور يلزم ان نتبع النظام الآتى :

(اولا) ان يبدأ العلاج عقب حدوث الكسر عند نقل المصاب الى محل ثابت كالمستشفى او منزله الخاص وهذه القاعدة يلزم اتباعها فى كل الاحوال ماعدا الاحوال التى يكون المريض فيها مصابا بصدمة شديدة جداً او كان الكسر مصحوباً باصابات اخرى كاصابات فى الاحشاء يهم علاجها اولا لتوقى وفاة المريض

(ثانياً) العلاج الحقيقى يبدأ بتجبير الكسر وهو عبارة عن رد الاطراف المكسورة فى العظم المصاب الى بعضها بحيث ان تكون ملتصقة حروفها فى كل نقطة اى متعشقة ببعضها وان تكون اوجه القسمين المكسورين كلها موازية لبعضها حتى يلتحم العظم بدون حدوث تشويه به

واسلم طريقة للوصول الى هذه الغاية هو ان نستعمل (١) الشد والشد المضاد (٢) الأشعة المجهولة (٣) التخدير عند تجبير الكسور

وهناك كسور قليلة يمكن الاستغناء فيها عن كل الوسائط ككسور الفك والاصبع اما باقى الكسور فيحسن فيها دائما الوسائط المذكورة والموانع التى تقف فى سبيل رد الكسور الى اصولها اهمها مايأتى :

(١) تداخل او انغراس اطراف العظام بعضها ببعض (Impaction)

(٢) وجود اجزاء من العضلات او الاوتار او قطع منفصلة من العظام المهشمة بين الاطراف المكسورة

(٣) اندغام احد الاطراف فى الجلد او فى الصفاق تحت الجلد

وهذه الموانع الهامة سيفرد لها بحث خاص يأتى فيما بعد عند ذكر العلاج بالعملية الجراحية

اما الموانع العادية الناتجة عن تحول الاطراف عن بعضها (displacement) فتعالج بالشد بالطرق الآتية

(ا) اذا كان هناك ركوب من الاطراف على بعضها (overlapping) فيعالج هذا بالشد تحت موضع الكسر والشد المضاد فوقة وهذا فى أغلب الاحوال كاف

(ب) واحوال الانتقال الجانبى (lateral displacement) تعالج بالشد وبالشد المضاد مع الضغط المباشر على الاطراف المكسورة نفسها

(ج) واحوال الانتقال الدورى (Rotatory displacemeut) تعالج بالشد مع تدوير العظم على محوره حتى تصحح الحالة

(ثالثاً) بعد رد الكسور الى مواضعها الطبيعية توضع العظام فى جباير حتى يحافظ على هذا الوضع الصحيح لحين تمام شفائها

(رابعاً) اثناء مدة العلاج يعالج العضو بالتحريك والتدليك حتى لا تفقد العضلات وظائفها ولا تنشف المفاصل فتفقد حركتها ولا تحدث التصاقات بين الاجزاء الرخوة وموضع الكسر

وللوصول الى الغرض الثالث يلزم مراعاة القواعد الآتية :

(ا) انه عند وضع الجباير يلاحظ انها لا تعيق الدورة الدموية للجزء المصاب

(ب) ان يكون وضعها بحيث ان تكون العضلات القوية التى تحرك اطراف

الكسر فى حالة ارتخاء وبهذه المناسبة يلزم ان نراعى المبدأ الآتى وهو ان يكون وضع العظم المصاب فى الجبيرة بحيث ان الطرف الطويل هو الذى يتحرك ليتقابل اى يكون موازيا مع الطرف القصير مثال ذلك احوال الكسر فى الثلث الاعلى لعظم الفخذ التى يجب فيها ان نحرك الجزء الادنى لعظم الفخذ الى الامام ليتقابل مع الطرف الاعلى عند وضعه فى الجبيرة الخاصة به

وللوصول الى الغرض الرابع يحسن ان نرفع الجبائر ابتداء من اليوم الثالث ونبدأ فى تحريك العضلاة بتحريك الاصابع مثلا فى كسور الاطراف وهذا التحريك فضلا عن فائدته فى عدم فقد العضلات لحركاتها يساعد جدا على سرعة الالتحام لان الخلايا العظمية تتخذ شكلا سريعا فى تكوينها واتصالها ببعضها وهذا يتفق مع قانون ولف (Wolff's low) وهو الآتى

(كل تغيير يحدث فى شكل ووظيفة العظام او فى وظيفتها فقط يتبعه تغيير محدد في تكوينها الداخلى وايضا فى شكلها الخارجى طبقا للقوانين الرياضية) وينتج من ذلك انه عندما يبتدىء التحام العظام المكسورة ببعضها يقوى وينمو سريعاً هذا الالتحام متى قام العضو بوظيفته ولو قليلا بواسطة تحرك عضلاته فهذه الحركات الصغيرة غير المؤلمة والتى تعمل بمعرفة الجراح بنفسه وهو محافظ على الوضع الصحيح للكسر تمثل الحركة التى يقوم بها العضو الصحيح اثناء تأدية وظيفته وتجعل العظم المكسور يأخذ شكله العادى اثناء التحامه وبهذه الطريقة يضرب بحجر واحد عصفوران اى تنمية الدورة الغذائية للعضلات واسراع وتقوية التحام العظام

ومما يثبت لنا فائدة هذه الحركات فى سرعة التحام العظام ورجوعها للحالة الطبيعية مانشاهده كل يوم فى أحوال كسور الاضلاع فكلنا نعلم انه من المستحيل تثبيت هذه الكسور تثبيتاً تاماً لوجود الحركة التنفسية ولكنا نعلم أيضاً أن هذه تلتحم التحاما سريعاً وتاما رغماً عن هذه الحركات ومن النادر ان يحدث تشويه عند التحامها .

ورب قائل يقول اننا نحصل على نتائج مماثلة بوضع معظم الكسور فى جبيرة دائمة من الجبس حتى يتم التحامها كالمتبع عادة فى مستشفيات الحكومة بالقطر المصرى ونرد على ذلك بما يأتى :

(ا) ان النتائج التى نحصل عليها بهذه الوسيلة تحدث بعد وقت طويل أى ان العضو المكسور عوضا عن أن يقوم بوظيفتـه قياما تاما بعد شهرين يلزمه أربعة شهور لان الشهرين الاضافيين يصرفهما المريض فى استعمال الحركات لارجاع العضو للحالة العادية

ولهذا السبب نرى أن الكسور البسيطة الغيرمصحوبة بتشويه والتى لاتحتاج لخبرة أو عناء لردها وتجبيرها تصيب نجاحا كبيرا فى يد المجبر العادى اكثر من الطبيب وذلك نتيجة الطريقة التى يستعملها المجبر برفع أربطته وجبايره يوماً أو يوماً بعد يوم لرؤية موضع الكسر والاجتهاد فى تصحيح ما ارتد من الاطراف المكسورة فبينما نرى ان المجبر يعد مريضه بشفاء تام بعد عدة اسابيع فى معظم الكسور نرى أن الجراح بوضعه الاجهزة الدائمة كالجبس مثلا لايصل الى هـذه النتيجة الا بعد وقت طويل ونجد أن كثيرا من مرضانا بالقصر العينى بعدأن يوضعوا فى جهاز من الجبس ويأمنوا رجوعهم الى المستشفى يذهبون الى المجبر الذى يأمر بازالة الجبس حالا ويستعمل طريقته بعد ذلك وهو يجد الطريق امامه ممهدا بعـد رد الكسر بالطرق العلمية الحديثة أى بالتخدير وبالاشعة بقصر العينى ولهذا السبب لايعود الينا لرفع الجبس الا نسبة مئوية قليلة ممن نعالجهم

(ب) أن بعض النتائج السريعة التى قد تحدث رغماً عن وضع جبائر الجبس الدائمة متسببة عن أن الجبس عند وضعه يبدو وضاغطا على الطرف المكسور ولكنه فى بحر أسبوع ينكمش فى بعضه ويتسع كثيرا ومع تثبيته للعضو ومنعه من عمل حركات واسعة يسمـح بحركة غير قليلة للعضلات خصوصا للعضلات المحركة للاصابع فى الذراع والساق

والاعتماد على هذا الحادث العارض لا يفيد فى أغلب أحوال الكسور لانه حتى فى حالة حدوثه لا يؤثر على الحركات الهامة وهى حركات انثناء المفاصل وكان من جراء هذه النتائج السريعة أن فكر الباحثون فى ايجاد الطرق لتحريك الاطراف المكسورة حركات خفيفة وكان أول المنتبهين لهذا لوكاس شامبونيير Lucas Champoniére وكانت النتيجة أن أنشئت فى المستشفيات الحديثة أقسام التدليك لتطبيق عملها على العدد العظيم من المكسورة عظامهم الذين يترددون على المستشفيات أما فى الاحوال الفردية فيحسن بالجراح أن يصرف وقتاً أطول مع مرضاه فبدلا من أن يضعهم فى جهاز من الجبس ويتركهم حتى يتم التحام كسورهم يضعهم فى جبائر يسهل رفعها يوميا لاجراء التحريك البسيط وان كان لابد من وضعهم فى الجبس وجب أن يقسمه الى قسمين بعد وضعه حتى يمكنه مثلا رفع الجزء الامامى أولا ثم الخلفى أو الاجزاء الجانبية واحداً بعد الآخر وحينئذ نحصل على نتيجتين الاولى حفظ الكسر فى وضعه الصحيح بترك جزء يسنده والثانية أن يستعمل له التدليك والحركة ومن الجبائر التى ذاع استعمالها منذ الحرب العظمى وأتت بفوائد كبرى فى الكسور لسهولة وضعها ولامكان التدليك أثناء وجودها ولامكان تحريك المفاصل والاصابع مع استعمالها جبيرة توماس الركبية والفضل فى انتشار استعمالها وتطبيق وضعها فى معظم كسور الاطراف للجراح روبرت جونس R. Jones ولاهمية هذه الجبيرة قد استعملها الجيشان الاميريكى والبريطانى اثناء الحرب لتثبيت الكسور عقب الاصابة حالا وفى المستشفيات الثابتة أيضا وقد نجحت نجاحا عظيما فى تخفيف آلام الجرحى واسراع التحام كسورهم بدون تشويه

التداخل الجراحى فى الكسور

لقد وصل الباحثون الى قواعد دقيقة فى السنوات الاخيرة بشأن التداخل الجراحى فى الكسور وكان الغرض من بحث هذا الامر هو أن غاية الجراح عند رد

الكسور أن يصل بها الى حالتها ووضعها التشريحى اذا كان ذلك بالامكان طبقا للقاعدة الآتية وهى أن الوظيفة الصحيحة تتبع الوضع الصحيح ولكنه قدرؤى أثناء البحث أن الوضع الصحيح لا يتحتم أن يكون وضعا تشريحيا كاملا ولذلك صارت القاعدة أن يكون الرد بحيث أن يكون الوضع تشريحيا أو ما يقرب من ذلك وقد وجد أنه فى أغلب الكسور العادية يمكن الوصول الى هذه النتيجة باستعمال الطرق السالفة الذكر أي بدون تداخل جراحى ولكنه اذا أعيت الجراح الحيل فيجب حتما أن يقوم بعمل عملية جراحية لعمل الرد التام ولا يخشى الآن من هذه العملية بعد أن تقدم فن التعقيم تقدما عظيما بالقول انه لا لزوم لتحويل الكسر البسيط الى كسر مضاعف فالخوف من هذا الامر أقل كثيرا فى الوقت الحاضر من ترك المصاب بقصر أو تشويه أو بعظم قابل للكسر بسرعة وانه متى كان الجراح يثق بنفسه فى العمل ومتى كان المريض فى مستشفى معد لمثل هذه العمليات فيجب أن لا يتردد الجراح فى عمل العملية الجراحية

(ا) عمر المريض — لقد بحثت هذه المسألة الجمعية الجراحية الامريكية فوجدت أنه يندر جدا ان يضطر الجراح الى عملية الشق لرد الكسور فى الاطفال الذين ينقص عمرهم عن خمس عشرة سنة أما المتقدمون فى العمر والذين ليسوا من طبقة العمال والمصابون بامراض تتأثر بالتخدير العام أو الذين لا يقوون على الرقاد فى الفراش لمدة طويلة فيجب التردد كثيرا قبل الاقدام على العملية الجراحية فيهم

(ب) صناعة المريض — اذا كانت صناعته تتوقف على حسن استعمال ذراعه أو رجله فيجب أعطاؤه الفرصة برد كسره ردا تاما واذا كان ذلك يستوجب عملية جراحية فلا بد من عملها بدون تردد

(ج) بحث صورة الاشعة المجهولة — كثيرا من الاطباء يعتمدون اعتمادا تاما على الصورة الفوتوغرافية وينسون أن هذه الصورة طالما أعطت رأيا أكثر من الحقيقة

فى أحوال الكسور ولذلك يجب أن يتمشى بحث الصورة الرونتنجية مع بحث حالة العظم المكسور بحثا أكلينيكيا فاذا وجد أن العضو رغما عن الصورة التى أظهرت اعوجاجا غير طبيعى ليس به بعد البحث الأكلينيكى الدقيق قصر أوتشويه أو تحول وانه ينتظر منه أن يقوم بوظيفته قياما تاما يكتفى بترك العضو بالحالة التى هو عليها ولا تعمل العملية لاحداث رد تشريحى فقط

والنتيجة انه يجب أن يجرب الرد الغير الدموى فى أحوال الكسور فاذاتعذر ذلك فبعد درس المسائل التى سبق ذكرها يجب على الجراح أن لا يتردد فى عمل العملية الجراحية

طريقة العملية

وللعملية طريقتــان (الاولى) أن يشق على موضع الكسر ويرد الطرفين المكسورين بتعشيقهما ببعضهما بدون استعمال أى أداة من الخارج لتثبيتهماثم خياطة الجرح ووضع العضو المكسور فى جبائر ومعالجته كأنه كسر بسيط اما اذا لم يمكن تعشيق الطرفين ببعضهما فتتبع الطريقة (الثانية) وهى تثبيت العظام بجبائر من الداخل أو بخياطتهما بسلك من الفضه أو بوتر الكانجارو والجبائر الداخلية هى

(ا) قطع لين ومساميرها (Lanes plates)

(ب) القطع المصنوعة من عظام الثور وتثبيتها بمسامير من العظام نفسها (ox bone plates)

(ج) الترقيع العظمى من المصاب نفسه

ومن الطبيعى ان الطريقة الثانية تستلزم استعداداً جراحياً أكثر من الطريقة الأولى ولذلك يلزم الجراح الذى يعالج الكسور أن يمرن نفسه على هذه العمليات الجراحية حتى يمكنه عملها باتقان وان يتأكدقبل البدء بالعملية الجراحية من وجود كل الآلات والأدوات التى تلزمه اثناءها

بعض الأحوال التى يلزم فيها عمل العملية الجراحية

(١) انفصال الطرف الأعلى للعضد (Separatoin of Upper humeral epiphysis) هنا يشق على موضع الانفصال ويحاول رده بالأصابع مع التحريك ويندر أن يضطر الجراح لتثبيته بجبيرة من الداخل

(٢) الكسر فى العنق الجراحى للعضد خصوصاً المصحوب بخلع — يكاد يكون من المستحيل رد الخلع والكسر بدون التداخل الجراحى

(٢) انفصال الطرف الأسفل للعضد — هذا ينطبق عليه ما ذكرناه فى انفصال الطرف الأعلى

(٤) كسور الزند والكعبرة أو احدهما -- كثيراً ماتحتاج هذه الكسور لعملية جراحية اذا كان هناك خلاف عظيم فى الوضع خصوصاً ما كان منها قريباً من مفصل الرسغ أى فى الثلث الأسفل وفى هذه الأحوال يحسن تثبيت العظام بقطع لين أو ما يماثلها وذلك لعدم فقدان الزراع لحركات الكف Supination & pronation

(٥) كسور الفخذ في الثلث العلوى والسفلى

(٦) كسور القصبة والشظية فى الثلث السفلى خصوصاً الكسور المائلة والحلزونية

(٧) انفصال الطرف الأسفل للفخذ والكسور التى كحرف T حول مفصل الركب

(٨) ويضاف الى ماسبق العظام المعروفة من زمن التى لا يجبر كسرها بدون عمل عملية جراحية ككسور الرضفة وكسور الطرف الأعلى للكعبرة olecranon

(٩) أما الكسور المتصلة بالمفاصل خصوصاً فى مفصل الركبة ومفصل المرفق فاذا لم يمكن بالطريقة الغير الدموية ان ترد ردا تشريحيا تاما فيجب حتما عمل العملية الجراحية وتحريك المفصل بسرعة بعد ذلك لان أى خلاف فى وضع هذه العظام يكون تأثيره اقوى على وظيفة المفصل مما لو كان بعيدا عنه

(١٠) الكسور المتفتتة — تنفصل هذه الكسور اجزاء صغيرة من العظام

تمنع التحام الاجزاء الهامة ببعضها خصوصا اذا انسلخ عنها السمحاق وكثيرا ماتلتحم التحاما معيبا أولا تلتحم ولذلك يجب الشق على الكسور فى أغلب الاحوال لازالة هذه القطع الصغيرة ووصل العظام الكبرى ببعضها

علاج الكسور المضاعفه

كنا نخشى دائما من استعمال المشرط فى علاج هذه الكسور بدعوى اننا نوصل العدوى الميكروبية الى الاجزاء الرخوة والى النخاع العظمى فيتسبب عن ذلك التقيح والتنكرز الخ ولكن النتائج الجراحية الحسنة التى اظهرتها الحرب العظمى للتداخل الجراحى غيرت طريق علاجنا لهذه الكسور

وهذه الكسور تنقسم الى قسمين عظيمين

القسم الاول هو الكسور البسيطة التى تتحول الى كسور مضاعفة باندغام سن من أسنان اطراف العظم المكسور فى الجلد وتحويله الى كسر مضاعف ففى هذه الحالة يكون الجرح صغيرا وليس مصحوبا بارتشاح دموى أو تمزق شديد فى العضلات او بعدوى ميكروبية من الخارج سوى الميكروبات القليلة الموجودة فى النقطة التى جرحت

وهذه الكسور يحسن علاجها بالطرق المحافظة أى بعلاجها كالكسور البسيطة ونتائج هذه المعالجة هى أن يلتئم الجرح بسرعة و يتحول الكسر المضاعف الى كسر بسيط فى تسعين فى المائة من الاحوال

القسم الثانى فهو الكسر المضاعف الذى يكون جرحه متسببا من الآلة التى سببت الكسر نفسه أى أن الجرح يحدث بعامل خارجى فيكون الجرح فى الغالب متهتكا والانسجة الرخوة حوله متمزقة تمزقا شديدا و يحوطها نزيف دموى والميكروبات اتصلت بالجرح وما داخله من الخارج اما العظام فتكون احياناً متفتتة

فاذا عولجت هذه الكسور بالطريقة المحافظة تنتشر الميكروبات فى الجرح وبعيدا عنه وتكون النتيجة سيئة للغاية

وقد ظهر من ابحاث توفيير Tuffier ان الميكروبات التى تدخل الجروح تبقى كلها سطحية غير بعيدة عن الجروح مدة تختلف ما بين سبع ساعات وخمس عشرة ساعة ثم تنتشر بعد ذلك فى أعماق الجرح وفى العضلات حتى لا يسهل الوصول اليها. ووجد أيضا انه اذا استؤصل الجرح استئصالا تاما بما فيه من جلد وأنسجة رخوة كعضلات أو غيرها على عمق من $\frac{1}{8}$ الى $\frac{1}{4}$ بوصة استؤصلت معه الميكروبات الى تسعين فى المائة ويدعو الفرنساويون هذه العملية (Débridement) وبتطبيق هذه العملية على الكسور المضاعفة من النوع الثانى نجد أنفسنا الان فى مركز ممتاز عما كان قبل الحرب العظمى

وقد ذكرنا ما تعامل به الانسجة الرخوة . أما من جهة العظام فيجب استئصال كل القطع المنفصلة انفصالا تاما واستبقاء القطع المتصلة ولو بالسمحاق فقط بعد تنظيفها بواسطة الكحت

اما قفل الجرح فيختلف فيه الجراحون فبعضهم يثبتون العظام كالطريقة التى ذكرتها فى معالجة الكسور البسيطة بالعملية وبعد ذلك يخيطون الجرح خياطة تامة وآخرون يقفلونه قفلا أوليا متأخرا أى بوضع الخياطة بدون ربطها وتركها أربعة وعشرين ساعة حتى يتأكدوا من عدم حدوث التهاب فى الجرح ثم قفله اذا كان سيره حميدا وآخرون يتركون الجرح اسبوعا للتأكد التام ثم يخيطون الجرح وقد تستعمل عجينة B. I. P. P. أو لا تستعمل

وأى طريقة من هذه الطرق تصل بالمريض الى النجاح التام لمناسبة تثبيت العظام المكسورة فى موضعها الصحيح أولا ولابعاد الميكروبات ونتائجها السيئة ثانيا

اما اذا حدث تقيح فى الجرح بعد هذه العملية فى الغالب يكون خفيفاً ويعالج بوضع انابيب كارل وداكن حتى يزول التقيح ثم تعمل للجرح الخياطة الثانوية

بعض ارشادات فى علاج كسور المفاصل

يلاحظ فى كسور المفاصل المبادىء الآتية

(١) لقد ثبت قطعيا أن أحسن وضع للكسور الحادثة حول المرفق هو الوضع الانثنائى التام وهذا الوضع يساعد كثيراً فى رد الكسر فاذا لم يتم رد الكسر بالحركات العادية يجب الشق على موضع الكسر ورد العظام وخياطة الجرح ثم انثناء الساعد على الذراع حتى تصل الزاوية الحادة ما بين درجة ٢٠ — ٣٥ وقد لوحظ بالاختبار أنه اذا اتسعت الزاوية عن هذه الدرجات لا تحفظ العظام أماكنها

وبعد وقت قصير أى فى اليوم الرابع أو الخامس يبدأ فى تحريك المفصل تحريكا سلبيا وقد ذكر نيوهوف وولف مائة حالة تابعة لبعضها كانت النتيجة فيها تامة من جهة الحركة والوظيفة

(٢) تحريك المفاصل حالا أو بعد وقت قصير من رد الكسور وقد درس هذا الموضوع ولمس Willems درسا تاما وهو يشير بذلك لحسن النتائج التى حصل عليها وقد لاحظ ان الآلام نادرة الحدوث بعد استعمال التحريك وان ارتداد هذه الكسور لا يحدث كنتيجة لتحريك المفصل اذا استعملت الحركة باعتناء أو بمعرفة الجراح نفسه

(٣) أن تعالج كسور المفاصل المضاعفة كالكسور العادية المضاعفة فانه اذا كانت عملية الاستئصال (Débridement) تنجح فى الكسور العادية فهى ناجحة أيضا فى الكسور المتصلة بالمفاصل واستعمال هذه الطريقة قد أنقص كثيرا من النتائج السيئة كالبتر والتسمم الصديدى التى كانت تعقب هذه الكسور فى الايام السالفة

علاج الكسور المضاعفة المتأخرة

كل ما ذكرته سابقا خاص بالكسور الحديثة التى يراها الجراح فى الاربعة

والعشرين الساعة الاولى من الاصابة أما تحت هذا الباب فسأذكر القواعد الواجب اتباعها اذا تأخرت رؤية المصاب اياما

وهذه الأحوال تنقسم الى قسمين مختلفين

القسم الأول — الاحوال التى يراها الجراح وهى غير ملتهبة أومصابة بعدوى ميكروبية ومثل هذه الأحوال تصادف الجراح أحياناً خصوصاً بين فلاحى هذه البلاد الذين لديهم مقاومة غير عادية لفعل الميكروبات فهؤلاء المرضى يعالجون كأنهم مصابون حديثاً

القسم الثانى — الأحوال الملتهبة وهذه تعالج إما فى الحال عند رؤية المصاب أو بعد زمن كيوم مثلا لاتمام بحث المريض بالاشعة المجهولة وهذا النوع الثانى ينطبق على المرضى الذين ولوأن جروحهم ملتهبة ولكن التهابها ليس شديداً والاضطراب العام ليس مخيفاً ولن يخشى على حياتهم من تركهم يوما زيادة أما النوع الاول الذى يعالج حالا فيتبع فى علاجه احد أمرين

(١) البتر (٢) الدرنقة بعمل فتحات

والبتر يستعمل فى الاحوال الآتية:

(ا) اذا كان الطرف فى حالة غنغرينا (ب) فى احوال النزيف الثانوى

(ج) فى احوال الغنغرينا الغازية مع تهديد الطرف بغنغرينا عامة عند وجود تهتك شديد فى الانسجة الرخوة اما احوال الغنغرينا الغازية فقد اتبع فى علاجها طريقة الاستئصال الموضعى لانه وجد أن العدوى تنتشر بطرق العضلات أولا وكثيرا ما اصيبت عضلة واحدة أوعدة عضلات متجاورة ففى هذه الاحوال تستأصل العضلة أو العضلات فقط التى بها العدوى ويترك العضو بدون بتر

(د) عند وجود جرح متقيح تقيحا شديدا ومصحوبا بتسمم مصلى شديد (Toxemia) اما عملية الفتحات للدرنقة فتعمل فى الاحوال الآتية

(ا) اذا رؤى ان التهاب الجرح متسبب عن عدم كفاية الصرف كوجود مجارى ناسورية بها مواد رخوة متنكرزة ففى هذه الاحوال تعمل الفتحات للدرنقة جيدا وتوضع فى الجرح انابيب كارل وداكن و يغير عليه بمحلول اليوسول مع تكراره كثيرا ليلا ونهارا

(ب) فى الاحوال التى بها رشح دموى مستمر . يجب فتح الجرح جيداً للوصول الى موضع النزف وربط الوعاء المسبب له أو خياطة البقعة النازفة اذا لم يكن هناك وعاء بالذات و يلاحظ جيداً أن لا يحشى الجرح بقطع الشاش اذا كان هناك نزف أو رشح دم لأنه قد يتحول الرشح البسيط الى نزف شديد لا تقوى على ايقافه الطرق العادية فيلزم البتر

أما الأحوال من النوع الثانى التى يمكن تأجيلها فهذه تؤخذ صورتها بالاشعة المجهولة لتبين موضع الكسر وحالة العظام بالضبط وللتأكد من وجود أجسام غريبة أو متنكرزة من عدمه

وعند ما تظهر نتيجة البحث تعمل العملية للمريض والغاية التى يصل اليها الجراح من هذه العملية تتوقف على أجادة عمل ما يأتى :

(ا) إزالة كل الأجسام الغريبة إذا وجدت

(ب) إزالة كل قطع العظام المنفصلة انفصالا تاماً والبعيدة عن مواضعها والتى قد تكون حائلا بين الجرح وحرية الصرف

(ج) عمل الدرنقة فى المواضع السفلى بقدر ما يسمح الحال

(د) وضع الطرف المصاب فى جبيرة يسهل بواسطتها عمل الشد وفى الوقت نفسه يسهل عمل التيار بدون إزالتها

وفى هذه العملية تقل الفتحات بقدر اللزوم فقط ولا تفتح جهات لا لزوم لفتحها و يبعد بقدر الامكان عن الاوعية السليمة الجدر أما اذا وجدت أوعيـة مشرزمة جدرها ومهددة بالتنكرز فيجب استئصالها وربط اطرافها فى النقط السليمة منها

عدم الالتحام وتأخيره والالتحام المعيب

اذا تأخر الالتحام زمنا قليلا عن الميعاد فلا يدعى هـذا عدم التحام بل تأخر وفى هذه الحالة تعالج الـكسور كالـكسور الحديثة أما اذ تأخر كثيراً فيعتبر أنه لم يلتحم ويعالج كما سنذكر فيما بعد

أسبابه

الأسباب العامة ـــ ضعف الصحة العامة فى أغلب الامراض وسابقا كان يتهم الزهرى بأنه من الاسباب القوية فى عدم التحام الـكسور وتأخير التحامها ولكن وجد الان أن شهرته ليست كبيرة الى الحد الذى كنا نعتقده ومع ذلك فيجب معالجة كل مريض اذا ظهر انه كان بمرض الزهرى وتأخر التحام كسره بالعلاج ضد الزهرى قبل البدء بالعلاج بالطرق الجراحية

والأسباب المحلية (ا) وجود قطع من العضلات والاوتار والسمحاق بين أطراف العظام المـكسورة

(ب) تباعد الطرفين المكسورين عن بعضهما وذلك قد يتسبب عن سوء عملية التجبير أو فقد جزء من العظم عند حدوث الكسر أو ازالة قطع كثيرة فى الكسور المتفتتة فى العملية الجراحية الأولى والـكسور المضاعفة

(ج) عدم التثبيث الـكافى بعد عملية التجبير

(د) التقيح المستمر فى الكسور المضاعفة وهذا بنفسه فقط لايتعارض مع الالتحام الا اذا صحبه تنكرز فى العظام

(هـ) التفاعل المحلى الناتج عن وجود موادغريبة فى العظام المكسورة كالمواد المستعملة كجبائر داخلية لوصل العظام كقطع لين (Lanes' plates) ومع أن هذا الرأى منتشر كثيراً لـكننا وجدنا بالتجربة وقد استعملنا هذه الطريقة مراراً عديدة

فى الـكسور الحديثة انه لم يحدث عدم التحام ابداً وقد يحدث احياناً أن يتأخر الأ لتحام قليلا عن المعتاد وينتهى بالالتحام التام والصورة الباثولوجية لهذه الكسور غير الملتحمة هى فى الغالب صورة تصلب (Sclerosis) يمتد على بعد بضع سنتيمترات من طرف العظام وتكون أطراف العظم محاطة بمادة ليفية تزيدالالتحام تباعدا كلما مضى الوقت ويحدث فى قليل من الأحوال تآكل (Rarefaction) بحيث ان العظام تتحول الى قشرة رقيقة داخلها كمية غير قليلة من النخاع الدهنى

العلاج

حيث انه من الصعب التكهن بأن الألتحام متأخر فقط وليس غير حادث اصلافيجب أن يبدأ العلاج بالطرق الآتيةحتى اذا لم تأت بفائدة تعمل العملية الجراحية

(١) تحريك العظام المكسورة على بعضها باحتكاك اطرافها وقد وجد أن هذا يهيج الخلايا العظميـة ويحملها على التزايد بسرعة ولا بد من العمل بحرص حتى لاينثنى العظم عند موضع الكسر لعدم تعظم الدشبد (Callus) .

(٢) التدليك العميق بالطرق المعروفة بشرط أن لا يحدث ألما

(٣) الاحتقان السلبى على طريقة بير (Bier) ولايكتفى الجراح بوضع رباط الصمغ المرن فوق الـكسر بل يضعه فوق وتحت الكسر على بعد عشرة سنتيمترات لحجز الاحتقان حول الـكسر فقط

ولا بد من الاستمرار فى عمل هذه الوسائط اذا كان الـكسر حديثا مدة لا تقل عن أسبوعين فاذا أخفقت هذه الوسائل تعمل العملية الجراحية

العملية الجراحية

يلاحظ عند التفكير فى العملية الجراحية امران الأول اذا كان الـكسر بسيطا من مبدأه فيمكن عمل العملية الجراحية حالا

والثانى اذا كان الكسر مضاعفاً وصحبه قيح

ففى مثل هذه الحالة يلزم مرور مدة لاتقل عن ثلاثة اشهر وقد تصل الى ستة أشهر تبعاً للحالة القيحية التى كان عليها الكسر قبل التحام الاجزاء الرخوة والجلد لانه من المعلوم ان عددا من الميكروبات قد تبقى حول الكسر وفى الاجزاء الرخوة غير قادر على استمرار التقيح ولكنه يقوى بمجرد التهيج الناتج عن التداخل الجراحى فتكون النتيجة وبالا على العملية

وللتأكد من وجود ميكروبات قادرة على احداث ضرر يلزم عمل حركات سلبية عنيفة حول موضع الكسر حتى تحدث تهيجا شديدا وورما فاذا لم ينتج عن هذه الحركات التهاب يتأكد الجراح ان لا خوف على العملية العقيمة وكذا يستعمل الاحتقان السلبى على طريقة بير (Bier)

وللعملية الجراحية طريقتان وفى كلتاهما يبدأ الجراح بشق الجلد محاذرا أن يقطعه فوق الكسر تماما ولذلك يحسن ان يستأصل اثرة الالتحام العريضة التى تنتج دائما من الالتحام بالقصد الثانى وعند استئصالها تؤخذ معها الانسجة الرخوة الليفية المتسببة عن التقيح فاذا ما وصل الى اطراف الكسر فيفصلهما بعد ازالة قطع النسيج الليفى الذى قد يجده كحلقة اتصال بينهما ثم يخرج كل طرف على حدته من الجرح ثم يدميه بان يزيل قمته الصلبة (Sclerotic) حتى يصل الى العظم السليم بنخاعه فاذا ما انتهى الى هذا الموقف يستعمل احدى الطرق الثلاثة الآتية:

(١) اندغام الطرفين ببعضهما يعمل تجويف فى احدهما يندغم فيه الطرف الآخر الذى يكون بشكل هرمى منعكس وهذه الطريقة تصلح فى العظام المنفردة كعظم العضد والساعد اذ كان القصر قليلا

(٢) وصل العظام بطريقة لين (Lanes'plate)

(٣) استعمال الترقيع العظمى

والتفضيل بين الطريقتين الاخيرتين قد فصل فيه فى الوقت الحاضر فقد كان الجراحون الى زمن قريب يستعملون طريقة (لين) ولكن منذ اكتشفت طريقة الترقيع العظمى وتغلب الجراحون على صعوباتها نأى الجراحون عن الاولى مع ما كانت تصيبه من النجاح فى أيدى الماهرين منهم

وقد عملت تجارب عديدة على الحيوان بقطع لين فوجد ان الكسور تلتحم ببطء بعد استعمالها والسبب فى ذلك كما يرى رو (Roux) ان التثبيت التام بواسطة مسامير لين يفقد العظام الحركة البسيطة ويقلل احتكاك الاطراف المكسورة بعضها ببعض وهذه الحركة هى المنبهة للتعظم فبدلا من ان ينبهها يوقفها أو يجعلها بطيئة جدا

ولكنى رغما عن هذه الصعوبات انصح لمن لم يعتد على عمل عمليات الترقيع العظمى ان لا يتأخر عن استعمال طريقة لين فقد كانت هى الطريقة المتبعة فى مستشفى قصر العينى مدة طويلة واتت بفوائد لا تنكر

اما طريقة الترقيع الجراحى فاول من ابتكرها واستعملها الجراح الامريكى البى (Albee) ويتبع فى عملها (١) ان يكون العظم المأخوذ للترقيع من المريض نفسه وليس من حيوان آخر أو شخص آخر فقد رؤى ان مثل هذه العظام تمتص غالبا ولا تبقى (٢) ان تكون قطع الترقيع مغطاة بسمحاقها ومع أن القطع التى بدون سمحاق قد تنجح ولكن نجاح الاولى مؤكد

(٣) أن يكون موضع عملية الترقيع جافا جدا عند وضع قطعة الترقيع ولذلك يستحسن جدا أن لا يستعمل رباط أسمارك حتى لا يحدث رشح دموى حول الرقعة بعد ازالة الرباط كما هو المعتاد لان الجلط الدموية قد تساعد على حدوث التقيح وامتصاص الرقعة

(٤) يجب تثبيت القطعة بعد وضعها والطريقتان المتبعتان هما إما ان يوضع الترقيع فى داخل النخاع بطرفى الكسر أو يوضع فى قناة محفورة فيهما والطريقة الاولى لا تنجح كثيرا لتعذر ادخال جزء طويل من الرقعة داخل طرفى الكسر لعدم امكان فصلهما ثم ادخال الرقعة وردهما سويا ولذا فالطريقة المستعملة

كثيرا هى الطريقة الثانية المدعوة Inlay graft وتثبيت الرقعة بلف خيط من الحرير أو وتر الكانجارو حول العظم الموجودة فيه الرقعة

(٥) أن يوضع الكسر ويحافظ عليه مدة أطول من المعتاد فى جبائر كأنه كسر عادى

(٦) أن يحتاط فى تعقيم العملية احتياطا تاما وأن يمتنع الجراح عن عمل تمزق فى الانسجة الرخوة بدون مبرر

أما علاج الكسر المشوه فاذا كان حديثا فيمكن كسره تحت تأثير مخدر ثم علاجه بالطرق المتبعة فى الكسور البسيطة المماثلة

أما اذا كان قديما فتعمل العملية الجراحية ويزال الدشبذ Callus ثم تثبت العظام باحدى الطرق المذكورة سابقا

كيفية معالجة بعض انواع الكسور

ساذكر تحت هذا الباب بعض نقط طريقة معالجة قليل من كسور الاطراف لانه من المتعذر جدا فى هذا القدر الصغير من المجلة أن أذكر علاج الكسور بانواعها تفصيليا

كسور المفصل الفخذى الحرقفى وكسور الجزء الاعلى لعظم الفخذ

الطريقة التى يستعملها روبرت جونس هى افضل طريقة فى الوقت الحاضر لعلاج هذه الكسور وهى طريقة الجهاز المبعد الذى يدعوه (abduction frame) والنظر الى صورته يكفى لمعرفته ومعرفة تركيبه وخصوصا لدى المتمرنين على تركيب جبيرة توماس. وكل الابحاث التى عملت على كيفية التحام كسور العنق وكمال وضعها قد اتفقت على أنه لا توجد طريقة للوضع الصحيح (proper alinement) لهذه الكسور غير وضع الطرف الاسفلى كله فى الوضع المبعد (abduction) وهذه الطريقة كان يستعملها (Whitman) ولا يزال استعمالها مستمرا ، بوضعه الفخذ فى جبس تحت تأثير مخدر ولكن كما سبق أن ذكرنا عند التكلم عن استعمال الجبس أنه اذا كانت

هناك طريقة تقوم بالعلاج وترك الطرف قابلا للتدليك فهذه تكون أفضل ولهذا السبب نفضل الجهاز المبعد على طريقة هويتمان

كسور عظم الفخذ التي تحت الثلث الاعلى وكسور عظم القصبة

ان جبيرة توماس الركبية هى أفضل جبيرة لعلاج هذه الكسور ويلاحظ عند تركيبها ما يأتى :

مقاسها — مقاس الحلقية الاوربية يزيد على محيط الفخذ عند الاوربية باربعة سنتيمترات تقريبا وطرفها الاسفل يبرز عن القدم بمقدار خمسة عشر الى عشرين سنتيمترا وتغطى الحلقة بالجلد الجيد الطرى حتى تتمكن الممرضة من غسله وتنظيفه

ثم تؤخذ قطعتان من المشمع الملتصق أى المشمع الاوكسيدى الزنكى adhensive plaster كل قطعة طولها بمقدار المسافة ما بين موضع الكسر وأسفل عظم القصبة وعرضها بعرض الساق ويكون طرفها الاسفل على شكل هرمى ويخاط فى هذا الطرف قطعة من القماش القوى وتعمل فيه خية (Loop) ثم تلصق هاتان القطعتان على الفخذ والساق ويوضع رباط فى داخل كل خية وتثبت قطعتا المشمع بلف قطع من المشمع نفسه حول الفخذ والساق ثم يلف رباط عادى فوق ذلك كله

ثم تركب الجبيرة بادخال حلقتها من القدم حتى تصل الى الاوربية وبعد ادخالها يلف الرباط البارز من المشمع على الجبيرة من تحت ومن فوق من كل ناحية ثم يثبتان فى طرف الجبيرة ويشدان وبهذه الطريقة يحدث الشد حول الكسر الى تحت القسم الادنى للكسر والى فوق القسم الاعلى بواسطة ضغط حلقة الجبيرة على النتوء الاسكياتيكي (ischial tuberosity)

وهناك طريقة أخرى لتمكين الشد بواسطة الاربطة المتصلة بطرفى المشمع وهى لفهما على بعضهما وادخال قضيب رفيع من الحديد بينهما وهما ملفوفان قبل أن يصلا الى طرف الجبيرة وهذه تدعى (Spanish Windlas)

ثم توضع قطعة من الحديد ليرتكز عليها القدم بشكل زاوية قائمة وتثبت هذه القطعة فى جبيرة توماس وفى القدم

وفائدة هذه الجبيرة هي امكان تحرك المريض حتى أن بعضهم يمكنه الجلوس وأن الشد بواسطتها مستمر غير متقطع وليس متوقفا على ثقل الجسم كما هو المتبع فى أحوال الشد العادى عند استعمال جبيرة لستون الطويلة (Long liston splint) لانه فى الشد العادى تتغير قوة الشد كثيرا عندما يتحرك المريض أو ينام حتى أنه كثيراً مايشعر المريض بالم حاد فجائى عند حدوث تشنجات فى العضلات ولكن باستعمال جبيرة توماس لا تؤخذ العضلات على غرة منها فلا تحدث لها تشنجات فجائية وهناك بعض اعتراضات على جبيرة توماس ولكن لو لوحظت الدقة فى وضعها لقلت كثيراً هذه الاعتراضات

(١) صعوبة أحكام وضع الحلقة العليا وهذه الصعوبة نراها فى ثلاثة أحوال

(ا) عندما تكون هناك جروح كبيرة تحتاج لقطن وغيارات كثيرة ففى هذه الحالة يحسن أن توضع الجبيرة قبل التغيير على الجرح ثم عمل الغيار وعدم رفع الجبيرة

(ب) اذا كانت الاوربية متسعة جداً (ج) اذا كانت ضيقة

وهاتان النقطتان يمكن التغلب عليهما باصلاح السبب فاذا كانت الحلقة متسعة فيجب وضع مخدة من القطن عند اتصال الجزء الوحشى من الحلقة بالعامود الوحشى وهذه الوسيلة تمنع ميل الحلقة للجهة الانسية وضغطها على العجان مما يضايق المرضى كثيرا

اما اذا كانت ضيقة فيمكن قصها فى النقطة السالفة الذكر والوصول بذلك الى الاتساع المراد

(٢) انحناء الطرف الاعلى فى كسور الفخذ العليا للامام وهذا يمكن الوقاية منه بوضع الجبيرة فى الوضع المبعد (abduction) وثنيها عند الركبة حتى يميل الجزء الاسفل الى الامام وتصير فى محاذاة الجزء الاعلى القصير

(٣) انحنائة بتأثير حركات عضلة سمانة الساق الطرف الاسفل الى الخلف فى كسور عظم الفخذ السفلى والقريبة من الركبة (Gastrocnemeus) وهذا يعالج ايضاً بثنى الجبيرة عند الركبة فترتخى هذه العضلات

(٤) الخوف من وقوف حركة الركبة . هذه المضاعفة قليلة الحدوث فى الكسور البسيطة ولكن قد يخشى من حدوثها فى الكسور التى يطول زمن التحامها وهى الكسور المضاعفة المصحوبة بجروح كبرى او التهاب فى العظام وفى هذه الحالة تحرك الركبة حالما يقل الالتهاب بالطرق السلبية (passive movements)

(٥) عدم امكان وضع المشمع الملتصق وهذا يحدث عند وجود جروح كبيرة فى الساق أو حول الركبة ويحسن فى هذه الحالة وضع "tong Calliper" ثم استعمال الشد عليه وهذه الآلة منها ما يثقب العظم ويكون مفعول الشد عليه كبيرا ومفيدا اكثر مما لو وضع فى الاجزاء الرخوة فقط فانه يمزقها

بعد تركيب الجبيرة

(١) عضلات الساق يبدأ فى تحريكها وتدليكها حالا

(٢) عضلات الفخذ تدلك عندما يذهب عنها الورم والالتهاب

(٣) الرضفة تحرك تحريكا جانبياً

(٤) الركب تحرك مرة كل يوم بالانحناء الى الامام والخلف مرة واحدة

وعندما يتعظم موضع الكسر يوضع للطرف المصاب جبيرة تدعى "walking Calliper" ويمشى بها المريض مدة لا تقل عن شهرين

انفصال الطرف الاسفل لعظم الفخذ

Separation of lower femoral epiphysis

ويكون معظم هذه الاصابات مضاعفا ونجد منها الطرف الاسفل لعظم الفخذ بارزا من الجرح فى نصف هذه الاحوال أو اكثر فاذا عملت عملية استئصال الجرح حالا وردت العظام المنفصلة الى مواضعها الصحيحة توقينا عملية البتر التى كانت فى الماضى النتيجة المحتمة لهذه الاصابات المضاعفة

أما اذا كانت الاصابة غير مصحوبة بجرح وهو النادر فاحسن طريقة للعلاج هى الطريقة التى ذكرها هتشنسون و برنارد وهذه الطريقة تعمل كما يأتى : —

(ا) شـد الساق شداً قويا حتى تضعف حركة العضلة الرباعية الباسطة Quadricaps extensor

(ب) وضع اليد خلف الفخذ من فوق الركبة مع الضغط بشدة على الطرف المنفصل

(ج) انثناء المفصل الفخذى الحرقفى وانثناء الركبة

(د) تعمل هذه العملية تحت تأثير مخدر عام

(ه) يثبت الساق فى هذا الوضع (أى بانثناء الركبة) على الفخذ بربط اسفل الساق باعلا الفخذ على زاوية اتساعها ٦٠ درجة

(و) يترك هذ الموضع أسبوعين ثم يبدأ فى تحريك الركبة بعد ذلك

كسر بوت

هذا الكسر نراه كثيرا وهو قديم لكثرة المرضى الذين يترددون على المجبرين واذا نظرنا الى الصعوبات التى يجدها الجراح في رده لانستغرب كثيرا اسوء النتائج التى يحصل عليها المجبرون العاديون

معالجة الكسر الحديث

الطريقة المستعملة هى وضع الساق فى جبيرة دبوتران Duypotran Splint وهذه الجبيرة هى عبارة عن جبيرة لستون الطويلة ولكنها قصيرة أى تمتد من نصف الفخذ الى أعلى من القدم بخمسة عشر سنتى مترا وتوضع فى الجهة الانسية لا الوحشية ولها اسنان كجبيرة لستون وهى أما باعلاها مثبتان لتثبيتها حول الركبة بادخال رباط فيهما ولفه على شكل حرف 8 أو بدونهما وكيفية وصفها كالآتى :

(١) توضع عليها طبقات من القطن رفيعة عند الركبة وتزداد سمكا حتى تصل الى أسفل الساق ولا يخشى من كثرة سماكة طبقات القطن

(٢) يكون سمك القطن المغطى للجبيرة بحيث أنه يمكن عمل حركة الانقلاب للداخل inversion التامة للقدم بدون ضغط القدم على الجبيرة

(٣) بعد وضع الجبيرة المغطاة بالقطن على الوجه الانسى للساق بوضع هذا على

السرير بعيدا عن طرفه قليلا ثم تثبت الجبيرة بثلاثة أربطة واحد فوق الركبة وآخر تحتها وثالث فوق مفصل القدم

(٤) توضع القدم بمعرفة الجراح فى وضع التقريب والانقلاب للداخل التام abductiou& inversion

(٥) يلف رباط على شكل حرف 8 حول مفصل الكعب Ankle joint وكل لفة من الرباط تشتبك بسن من أسنان الجبيرة

(٦) بعد عمل لفتين او ثلاثة يرفع الكعب الى الامام لاصلاح الانثناء الخلفى Backward displacement ويحفظ الوضع المصحح بالربط حوله وحول الجبيرة ثم يستمر الربط بهذه الطريقة حتى تثبت الجبيرة على طولها مع حفظ هذه الاوضاع

(٧) توضع الساق بجبيرته بين مخدات قطنية لينة وتربط بها برباط أو ابزيم

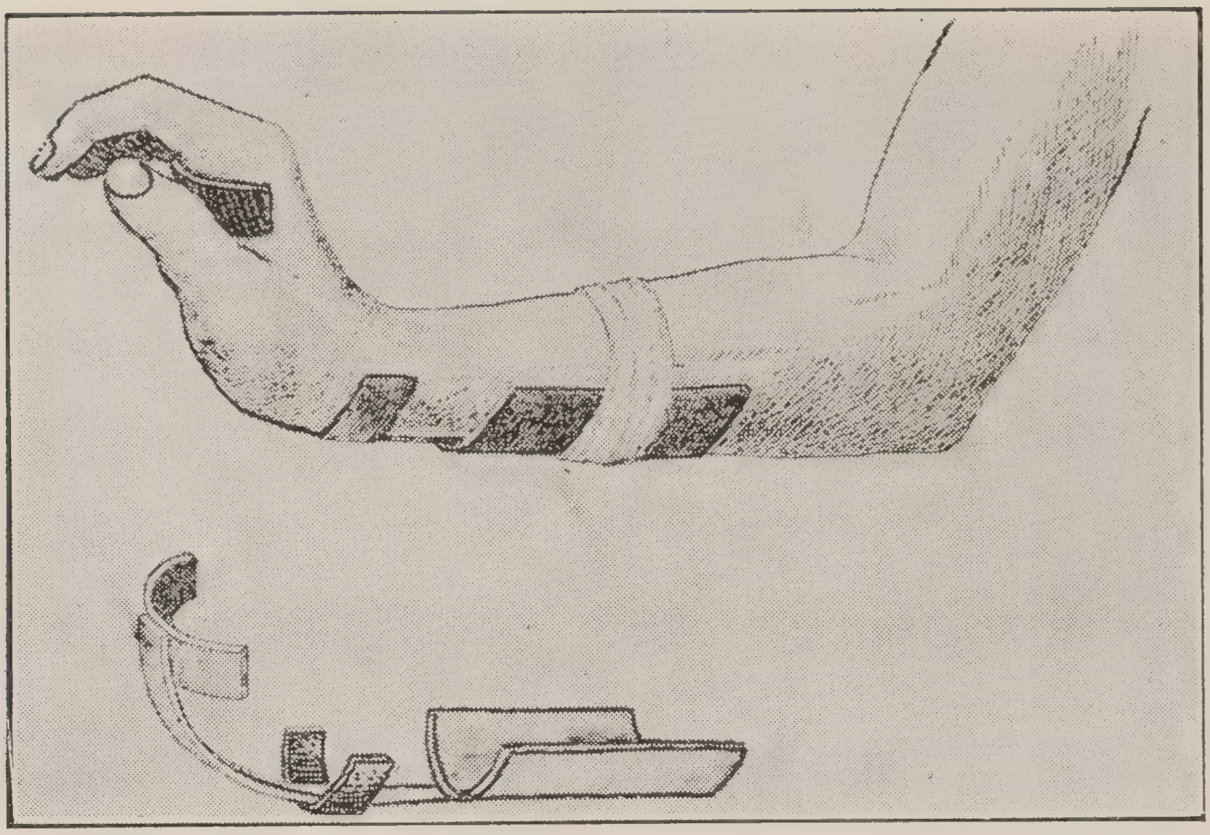
(٨) بعد اسبوع يبدأ بفك الاربطة وتحريك العضلات والمفاصل ثم تعاد الاربطة ثانياً وهكذا لمدة اربعة أو خمسة اسابيع وبعد ذلك تزال الاربطة كلها ويستعمل التدليك والحركة الايجابية

علاج الكسر القديم المشوه

العملية الجراحية — يقطع جزء هرمى من القصبة اعلا مفصل الكعب (ankle) ويستأصل جزء صغير من عظم الشظية مقابل ذلك

المراجع

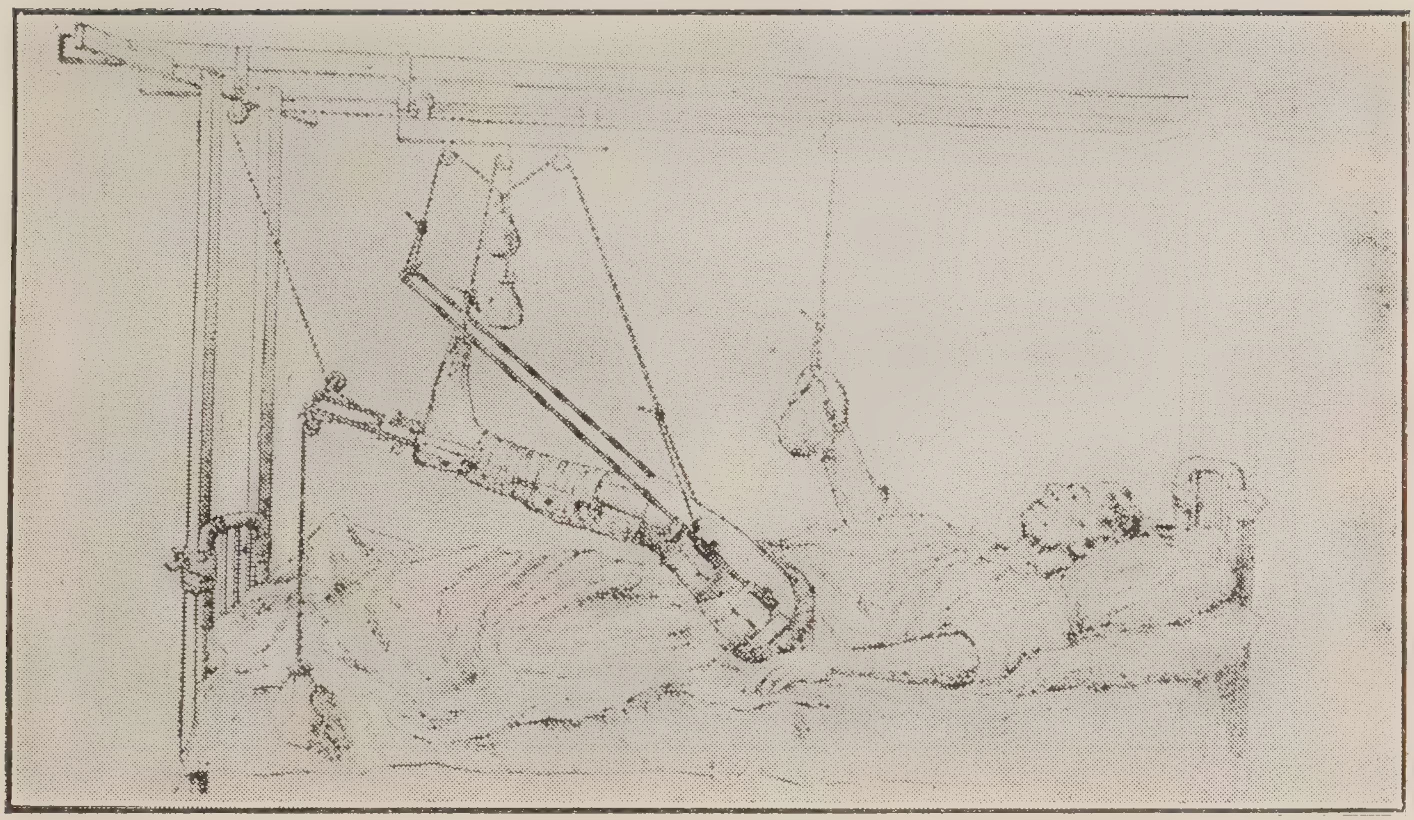
1. Notes on military orthopidies by Robert Jones
2. Surgery in War by A. J. Hull
3. The treatment of fractures by Scudder
4. Keen's Surgery
5. Manual of Surgical treatment. Cheyne Burghard
6. Surgery, Gynaccology and Obstetrics V.l. 1916.



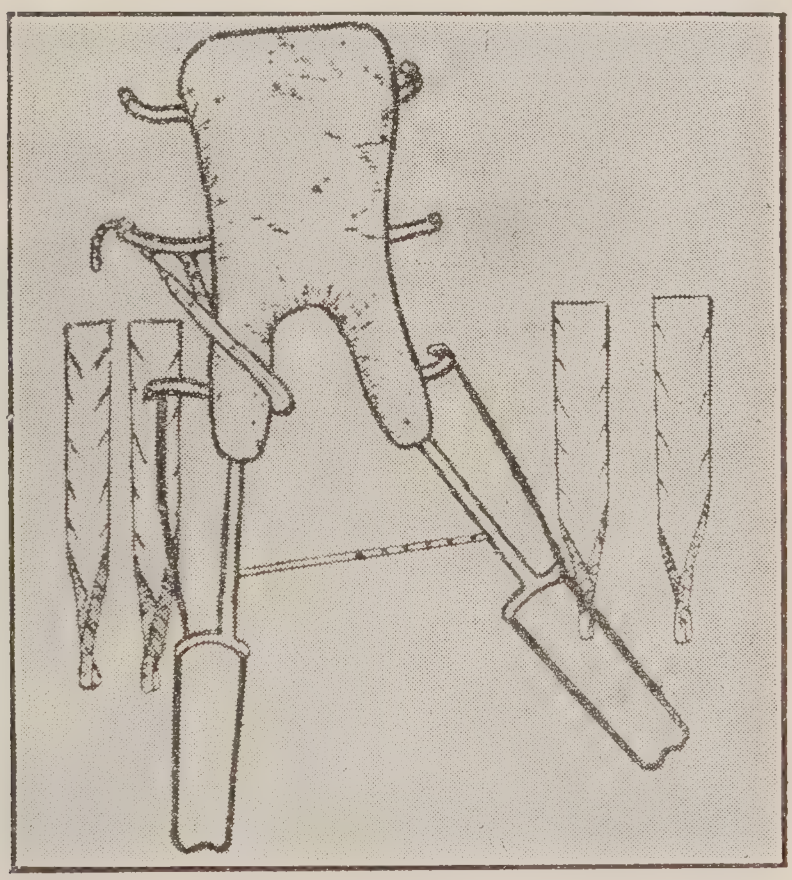
(شكل١) جبيرة روبرت جونس التى تستعمل فى أحوال شلل العصب الكعبرى لمنع ارتخاء العضلات الممدة Robert Jones coch-up Splint وتستعمل أيضا فى الكسور التى حول مفصل الرسغ والعظام الرسغية



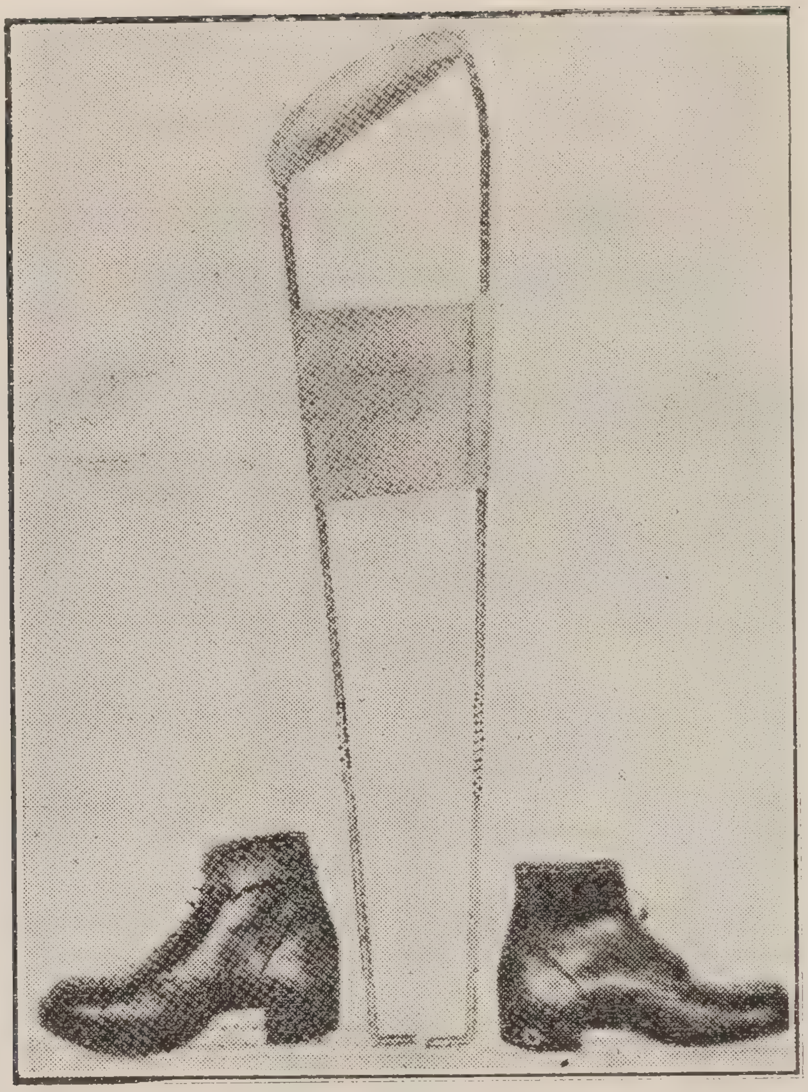
(شكل ٢) طريقة هويتمان Whitman فى معالجة كسور عنق عظم الفخذ بوضعها فى جبيرة الجبس فى الوضع المبعد Abduction



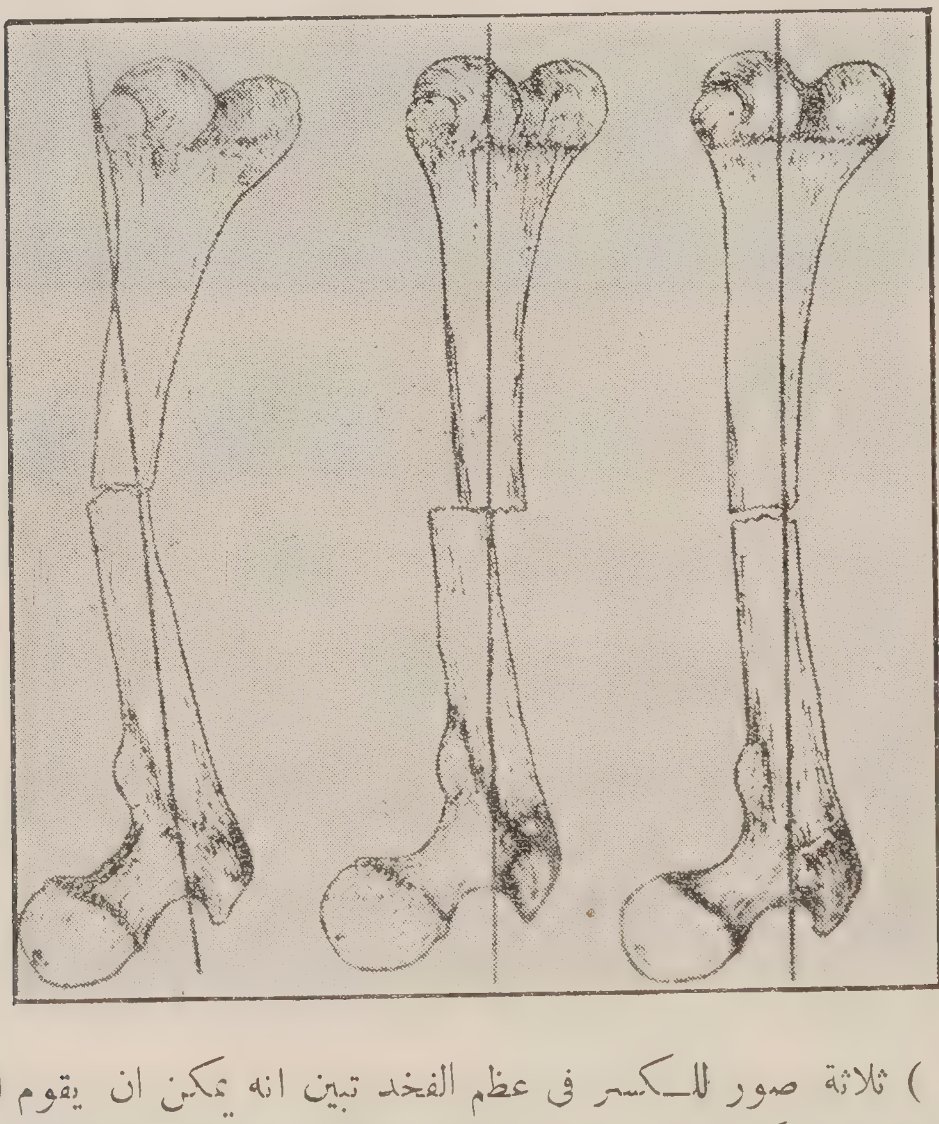
(شكل ٣) طريقة لتحريك الركبة مع وضعها في جبيرة توماس مع الشد المنظم



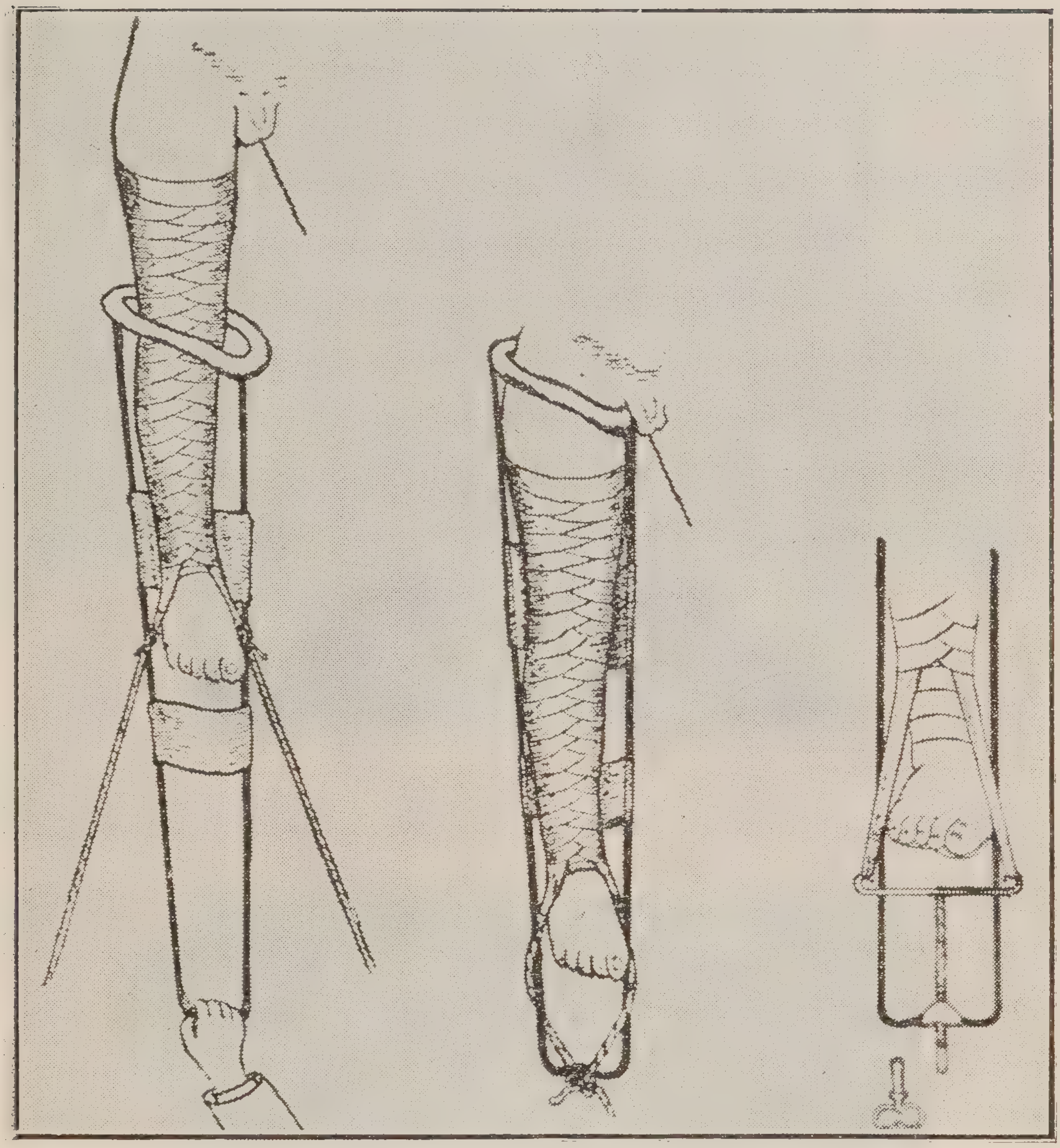
(شكل ٤) الجهاز المبعد لروبرت جونس R. Jones Abduction frame



(شكل ٥) جهاز يساعد على المشى بعد التحام كسور الفخذ Walking Coliper



(شكل ٦) ثلاثة صور للكسر فى عظم الفخذ تبين انه يمكن ان يقوم العظم بوظيفته بدون تعشق الاطراف المكسورة ببعضها ما دام خط تحمل الشغل صحيحا كما ترى فى ب و ج



(شـكل ٧) طريقة ادخال وتركيب جبيرة توماس الركبية وطرق شدها

العلاج بعد العمليات فى احوال البطن

للدكتور محمد عبد الحميد بك

لست فى حاجة ان أبين لك شأن العلاج بعد العمليات ولا شأن التجهيز قبلها. لقد أصبح عمل الجراح المشغول يستغرق كل وقته فلم يعد يستطيع أن يصرف منه شيئاً للعلاج بعد العمليات . وأكثر ما يكون ذلك فى المستشفيات الكبيرة العصرية التى يجرى فيها العلاج على نظام قلما تجد له تبديلا . ولا ينسى الانسان أن بقاء المريض فى المستشفى من أهم حوادث حياته وليس يقتصر عمل الجراح على اجراء العملية للمريض فحسب بل لابد من توفير أسباب الراحة له فى مدة بقائه وجعله يشعر كأنه فى بيته وهذا ولا شك مما يقصر زمن النقه .

والموضوع أطول من أن أوفيه حقه الآن ولذلك أجتزىء بذكر القواعد الاساسية .

كنا منذ وقت غير بعيد نعطى المريض مسهلا قبل العملية . وقد بطلت هذه العادة . وأصبحنا نكتفى باعطائه حقنة شرجية فى ليلة العملية وفى صباح يومها مع السماح له بالبقاء على نظامه وعاداته فى اليوم الذى يسبق العملية و يصح أن ينصح له الجراح بشرب مقادير كبيرة من الماء . أو بتناول ملعقة صغيرة من بيكربونات الصودا ثلاث مرات فى هذا اليوم ليحفظ جسمه أكثر مايمكن من السوائل . وينصح بعض الجراحين بحقن المريض بالمورفين قبل العملية . ولهذه الحقنة مزايا تكاد تعادل مضارها . وقد تكون هذه الحقنة ضرورية قبل عملية استئصال الجواتر .

أما العلاج بعد عملية فتح البطن فيبتدىء منذ اقفال البطن وخياطة جدره وأول وصية أوصيك بها أيها الجراح ان تثبت «الشاش» الذى تضعه على الجرح بقطع من المشمع توضع أفقيه من أسفل الى أعلى حتى يغطى المشمع «الشاش»

ويجب أن يقل توتر القطع فى أثناء وضعها من أسفل الى أعلى حتى لا يضيق البطن ذرعاً اذا احدث فيه شيء من الانتفاخ. ويجب أن ينقل المريض من طاولة العمليات على نقالة ذات عجل بعد تغطيته بالقطائف الدفئة الى سريره باسرع ما يمكن ثم يوضع عليه ويغطى بالقطائف الدفئة وتنفذ عليه الاوامر الآتية :

(١) عدم تناول أى شيء بالفم مدة ١٢ ساعة

(٢) وضع فولر المعتدل

(٣) التقطير الشرجى المستمر

(٤) حقن المورفين

ولأتكلم على كل مسألة من هذه المسائل فأقول

(١) عدم تناول أى شيء بالفم مدة ١٢ ساعة

كثيراً ما يعقب التخدير بالايتير أو الكلوروفورم القيء الذى يقصر زمنه احياناً ويطول أحياناً أخرى . وانه وان يكن لا خطر منه إلا أنه يزعج المريض ويقلقه وسبب القيء تهيج الغشاء المخاطى للمعدة تهيجاً لا يجعله يستمرىء السوائل نحو اثنتى عشرة ساعة . فاذا لم يتناول المريض شيئاً بالفم فى هذه المدة قل القيء عنده وقد لا يظهر . ومن الجراحين من يسمح بالماء متى استيقظ المريض وطلبه لكن سماحك بالماء للمريض مما يحرض القيء .فان بدا عليه شيء من الهياج فهذا أوان حقنة المورفين فيأخذه النوم ولا يشعر بالعطش . وفى الوقت نفسه يخفف التقطير الشرجى المستمر شعور العطش

(٢) وضع فولر المعتدل — يتيسر هذا الوضع اما برفع رأس السرير من أربعة قراريط الى عشرة وإما باستعمال السرير الذى يكون له مسند يمكن وضع العليل فى وضع نصف الجلوس. وهذا وضع يرتاح له العليل كثيراً ، ويقلل من امتصاص التوكسين بطريقة آلية (ميكانيكية) فسيولوجية ذلك لان الغشاء

البريتونى كلما زاد نشاطه زاد الامتصاص منه وزادت سرعة الامتصاص . ولهذا السبب يكون الامتصاص فى البريتون الحاجزى سريعاً لانه يتحرك مع حركات التنفس . ولتعلم أن البريتون فى حوض المرأة أكثر مقاومة للعدوى من البريتون فى الجزء العلوى من البطن . فرفعك رأس السرير مما يساعد على انزال المواد العفنة الى أسفل نحو الحوض بقوة الجاذبية حيث يكون الامتصاص بطيئاً والمقاومة للعدوى عظيمة وحيث تحصر العدوى فيه غير ممتدة الى سائر أجزاء الغشاء فى مدة اثنتى عشرة ساعة . و بعد هذا الوقت تقتصر فائدة الوضع على تهيئة الراحة للمريض

(٣) أما التقطير الشرجى المستمر — فحدث عن فوائده ولا حرج . لانك تهيء به للعليل الغذاء والسوائل الضرورية لجسمه ، وتقاوم به الحموضة الدموية التى يكون المريض معرضاً لها بعد العملية . ولعل أفضل طريقة لعمل التقطير الشرجى هى تجهيز الف سنتيمتر مكعب من ماء الصنبور (الحنفية) ويضاف الى هذا المقدار مائة جرام من الجلوكوز التجارى فيكون المحلول عشرة فى المائة وعشرون جراماً من بيكربونات الصودا ليكون المحلول بنسبة ٢ فى المائة .

ويسخن هذا المحلول لدرجة خمسين بالميزان المئوى او لدرجة مائة وعشرين بميزان فارنهيت ويوضع فى إناء ينزل منه قطرة فقطرة . وتوضع الانبوبة التى يمر فيها السائل بين كيسين من الماء الساخن يوضعان عند قدم المريض . وبهذا الترتيب يسخن السائل فى أثناء مروره من الاناء للشرج .

وهناك طرق كثيرة للمحافظة على حرارة السائل كاستعمال أجهزة كالترموس أو لف الاناء الذى فيه السائل باكياس من الماء الساخن ، أو وضع قارورة مملوءة ماء حارا فى الاناء ، أو وضع مصباح كهربائى قوة ١٦ شمعة فيه . وهذه الطرق كلها لاتوصل الى الغرض المطلوب لانها انما تحفظ حرارة السائل وهو فى الاناء ،

فاذا جرى وان شئت فقل سال فى الانبوبة التى يكون طولها نحو متر ، وهى معرضة لهواء الغرفة ، سيلاناً بطيئاً فانه لاشك يفقد حرارته فى أثناء سيلانه . أما الطريقة التى ذكرتها فانها ترد للسائل حرارته المفقودة :

وإياك أن تنسى أيها الجراح ما قد يتعرض له المريض من خطر الحرق بوضع أكياس الماء الساخن عند قدميه ولذلك يلزم لف الاكياس لفاً محكماً ووضعها بحيث لاتلامس القدمين . ويوضع فى نهاية الانبوبة أنبوبة شرجية ويحسن الا يزيد مايدخل فيها من الشرج عن قيراطين. أما سرعة التقطير فتختلف باختلاف الأشخاص :

ويجب الا تتجاوز هذه السرعة أربعين قطرة فى الدقيقة فان لم يحفظ المريض السائل المقطر فى شرجه بهذه السرعة فالعيب إما فى السائل وإما فى طريقة التقطير فقد يكون الاناء عاليا وبذلك يكون الضغط شديدا . وقد يكون السائل سائلا سريعاً ، وقد يكون السائل باردا جدا أو ساخناً جداً ، وقد تكون الانبوبة دخلت فى المستقيم أكثر مما يلزم .

وكل انسان يستطيع أن يمتص بواسطة المستقيم السائل فان لم يمتص فالعيب من صنعة التقطير . وقد يمتص الانسان نحو عشرة لترات فى ٤٨ ساعة . ولكن هذا القدر أكثر مما يلزم فى الاحوال الاعتيادية ويحسن أن يستريح المريض من عناء التقطير نحو ساعة كلما امتص نحو لتر . وبهذه الطريقة يمكن اعطاؤه نحو ثلاثة لترات كل أربع وعشرين ساعة . وقد يزعم الانسان أن المريض لايتحمل الانبوبة الشرجية فى المستقيم لكن المعتاد أنه يتحملها ولا يتأذى منها .

وأول من ابتدع هذه الطريقة هو مورفى واستعملها لتقطير المحلول الملحى [٢]

---

(١) Murphy

(٢) Normal saline solution

الطبيعى لكن القوم قد وجدوا أن هـذا المحلول اذا قطر فى المستقيم زمناً طويلا أحدث فيه تهيجاً ، وأنه قد يزيد الظمأ بدلا من أن يخففه ، وقد يحدث غثياناً وقيئاً ، وأزيما فى الجفون والاقدام والرئتين . ولذلك عدلوا عنه واستعملوا ماء الصنبور فوجدوه نافعاً . فأخذوا يضيفون اليه أدوية مختلفة ، ومواد مغذية متنوعة كاللبن والبيض . ولكن أغلب الجراحين يميلون الى المحلول الذى ذكر لان الجلوكوز سكر بسيط سهل الامتصاص جيد التغذية مانع للحموضة الدموية . ويساعده فى هذا الغرض مايضاف اليه من بيكربونات الصودا . هذا الى أنه يطفىء الظمأ ويعوض المفقود من سوائل الجسم

وينصح بعضهم باضافة الديجتالا فى سـائل التقطير ويذكرون لهذا الدواء فائدتين . فاما الفائدة الاولى فهى منع انتفاخ البطن ، وأما الفائدة الثانية فهى تقليل سرعة ضربات القلب وجعلها طبيعية . وليست الفائدة الاولى محققة لأن بعضهم قد جرب هذه الطريقة فاضاف نحو ٨ سنتيمترات من صبغة الديجتالا الى نحو ٣٠٠ جرام من السائل المستعمل للتقطير وقطره فى المستقيم بسرعة ثلاثين قطرة فى الدقيقة فلم تتضح له فائدة بشأن انتفاخ البطن . بل يقول المجرب إنه شـاهد انتفاخا شديداً فى حالتين من الاحوال التى استعمل لها الديجتالا

على أنه لاينسب هذا الانتفاخ لهذا الدواء لانه يعتقد أن حدوثه ربما كان مصادفة واتفاقاً .

(٤) وأما المورفين فيعطى حقناً تحت الجلد بمقدار سنتيجرام أو سنتيجرامين عند الضرورة التى يقتضيها الألم الذى يعقب عملية فتح البطن والذى يرجو المريض تخفيفه . والمورفين وحده أو مصحوباً بالاتروبين تأثير كالسحر . ولابد من استعماله بالجرعة الاعتيادية ، وتكريرها بعد أربع ساعات ، عند الضرورة .

ويخشى بعض الجراحين من استعمال المورفين بدعوى انه يقلل الافراز

والمفرزات وقد يشل المثانة ويساعد على انتفاخ البطن . لكن ألا يفضل المريض أن يقسطر مرة أو اكثر عن احتماله الألم ؟ أما احتباس الارياح فيعالج بوضع انبوبة فى المستقيم .

فاذا استمر الألم الى الليلة الثانية بعد العملية فيحسن تسكينه بجرعة من البرومور أو اللومينال (١)

الغثيان والقىء — هما من أشق المضاعفات ، ويحدثان كثيراً عقب أغلب أحوال التخدير . وأهم ما يلزم لمنعهما هو عدم تناول أى شىء من الفم فى الاثنتى عشرة ساعة الاولى بعد العملية وبتنفيذ الاوامر التى أسلفنا الكلام عليها تنفيذاً دقيقاً ولا سيما استعمال المورفين .

ويكاد يكون من الطبيعى عقب كل عملية تناول المريض فيها مخدراً عاماً أن يأخذه القىء بضع مرات . وبعد ذلك يمكنه أن يتناول الماء العادى بدرجة حرارة الغرفة بمقادير صغيرة . ثم تزاد المقادير تدريجا بعد إن لم تقذف ووقتئذ يكون تجاوز اكثر المضاعفات مضايقة

فاذا استمر القىء وتكون من مواد صفراوية صغيرة فمن الضرورى غسل المعدة . وأول طريقة لغسلها اعطاء المريض قدحا من الماء الدفىء المذاب فيه لعقة صغيرة من بيكربونات الصودا فاذا شربها حدث أحد أمرين : اما أن تفتح فتحة البواب فينقل مافى المعدة الى العفج أى المعى الاثنى عشرى ، وإما ان تقذف المعدة ما فيها الى الخارج . وكلتا الطريقتين تكفى لوقف القىء فى أغلب الاحوال فاذا لم ينقطع القىء يصح إعطاء المريض قدحا أخرى كالأولى فان لم يبطل فمن الضرورى غسل المعدة بالانبوبة بدون تأخير . ولا تتردد فى الالتجاء الى هذه الطريقة حتى بعد عملية استئصال جزء من المعدة ، لكن من الضرورى إدخال الانبوبة وعمل الغسل بكل رفق ولين وإياك أن تصل بالانبوبة الى مكان

---

(١) Luminal

الاستئصال وإياك أن تدخل فى المعدة مقدارا عظيما من السائل دفعـة واحدة . وخير سائل للغسل هو محلول بيكربونات الصودا بنسبة ملعقة صغيرة من الصودا لكل نصف لتر من الماء بدرجة أربعين تقريباً من الميزان المئوى : ويجب أن يسترد الانسان فى أثناء الغسل كل السائل الذى أرسل الى المعدة لان فى احتباس قليل من السائل فى كل دفعة يتكون مقدار كبير قد تكتظ به المعدة

وقلما يستمر القىء بعد العملية باربع وعشرين ساعة . وان استمر بعد الغسل المتكرر على نحو ما ذكر فلا بد من سبب آخر غير التخدير كأن يكون المريض عصبيا أو هستيريا . وأغلب ما يحدث ذلك فى السيدات ويكون السبب حموضة الدم التى تحدث فى الشيوخ لنقص مقدار السوائل فى الجسم [1] . وقد يكون السبب بعض التصاقات فى الامعاء وغير ذلك مما يقتضى أسعافا سريعا .

تمدد المعدة تمددا حادا — ليست هذه المضاعفة نادرة . لـكن التمدد كثيرا ما يكون بدرجة خفيفة أو متوسطة فلا يدرك . وآية هذا التمدد ظهور القىء فى اليوم الثانى بعد انقطاعه أو استمرار القىء بغير انقطاع وبغير مجهود . وهو وقتئذ يكون ملوثاً بالصفراء ، وبرائحة خبيثة . وكثيراً ما يخيل للانسان أن المعدة لا تفرغ مما فيها . فاذا أدخلت الانبوبة بعد القىء مباشرة فقد تخرج نحو لتر من مشمولها .

وسر النجاح فى العلاج هو ابقاء المعدة خالية . ولو اضطررت لغسلها دفعة كل ساعة . ومما يساعد الغسل المتكرر تغيير الوضع تغييرا متكررا ، والنوم على الجانب الايمن . وربما أفادت حقن البتيوترين

الصدمة — قلت الصدمة الآن عن ذى قبل ، لاننا نحاول أن نتقيها بطرق مختلفة كالمحافظة على سوائل الجسم ، وعـدم استعمال المسهل قبل العملية ، وتدفئة المريض فى أثناء العملية وبعدها ، وتقليل التخدير بقدر ما يمكن ، وبتقليل تعريض الاحشاء وتقليل تداولها ، وتقليل النزف ، واستعمال المورفين ، والتقطير الشرجى . فكل هذه الوسائل جعلت الصدمة أقل حدوثا ،

---

(١) dehydration

والصدمة موضوع يستحيل أن يوفيه الانسان حقه فى مثل هذه المحاضرة لكن حسب الجراح أن يوجه همته الى المسائل الآتية :

(١) إعياء المركز المحرك للأوعية

(٢) هبوط الضغط الدموى

(٣) انيميا المخ

(٤) تجمع الدم أو ركوده فى الاوردة المساريقية

وفى احوال الصدمة يجب ان نترك وضع فولر ونرفع قدم السرير من أربعة أقدام الى عشر . ولتحافظ على حرارة الجسم وتحاول زيادتها بتغطية المريض بالقطائف وتوضع قوارير أو اكياس من الماء الساخن حوله. وقد يفيد تدليك البطن والتنفس الصناعى . وهما يفيدان لأنهما يساعدان على تخفيف احتقان الاوردة المساريقية وطرد الدم الى الاوعية الشريانية ويحقن المريض بنحو لتر من محلول ملح الطعام الطبيعى المضاف اليه نحو مائة جرام من الجلوكوز حقنا فى الوريد أو تحت الجلد . وتكرر هذه الحقنة عند اللزوم ويمكن اضافة عشر نقط أو خمسة عشرة نقطة من محلول الادرينالين بنسبة واحد فى الالف الى محلول ملح الطعام . وفائدة الادرينالين زيادة الضغط الدموى . ولتعلم أن تأثيره وقتى ويجب أن تكرر حقنة الادرينالين كل ساعة. ويوصى بعضهم بعمل حقنة بخلاصة الغدة النخامية بدل الادرينالين لأن تأثيرها يلبث مدة أطول والمعتاد أن يعطى المريض حقنة من البتيوترين والكافور كل أربع ساعات . ويمكن اعطاء المريض حقنة شرجية من مائتى جرام من القهوة مع خمسين من الكنياك . ويوصى بعضهم بتلقين المريض تلقينا دمويا بنحو نصف لتر من الدم . ويمكن تكرير التلقين . وكان القوم فى أثناء الحرب يستعملون الصمغ العربى حقنا داخل الوريد ويقال انه احدث وفيات مباشرة ومتأخرة

الفواق — من المضاعفات غير النادرة بعد عمليات فتح البطن . وهى اما

وقتية تزول بعلاج بسيط وإما مستعصية وقلما يجدى فيها العلاج وقد تنتهى بالوفاة . وسبب الفواق على الارجح تنبيه اعصـاب الحجاب الحاجز تنبيها منعكسا خلال الفروع المعدية من العصب الرئوى المعدى وهذا مما يدل على اختلال فى الـكيمياء المعدية ويجب ان يتجه العلاج لهذا الغرض . وقد يكون سببه قلة الافراز الـكلوى ووقتئذ ينفعنا تحليل الدم تحليلا كيميائياً .

وما اكثر وصفات الفواق ، ولعل كثرتها من اعظم الادلة على عدم نجاحها . ومما يستعمل الغسل المعدى المتكرر على نحو ماذكر علاجاً للقىء ، أو شرب قليل من الماء بعد وضع قليل من ملح الطعام أو السكر على اللسان ونقطة من صبغة اليود فى لمقة صغيرة من الماء كل ربع ساعة ، وتكرر ست مرات ، ومص قطع صغيرة من الثلج ، وشرب قليل من الليمونادة أو عصير البرتقال ، أو كتم النفس قليلا ، أو تحريض القىء ، أو اعطاء المريض مسهلا أو حقنة مورفين أو جرعة برمور ، أو لومينال ، وتخديره بالـكلوروفورم ، أو وضع حزام ضاغط على البطن أو أو الخ .

احتباس البول — كثيرا ما يحتبس البول بعـد استعمال التخدير العام أو التخدير الشوكى ولاسيما بعد عمليات اعضاء التناسل والمستقيم . وليس من الضرورى ادخال القسطرة قبل اثنتى عشرة ساعة ووقتئذ يمكن تأخيرها ساعة أو ساعتين اذا فحصنا المثانة ووجدناها غير ممتلئة . ولا يحسن ارجاء القسطرة اكثر من ذلك . ويمكن الاستعانة بالوضعيات الساخنة أعلى العانة قبل القسطرة . ويمكن عمل حقنة شرجية ساخنة والاستعانة بها لانزال البول مع خروج الحقنة . وقد ينفع تغيير الوضع ، وكذلك صب الماء من اناء الى اناء على مرأى ومسمع من المريض

ويمكن الالتجاء الى حقنة الـكافين والبتيوترين والاستركنين

انتفاخ البطن — من المضاعفات التى يشاهدها الجراح بعد عمليات فتح البطن بدرجات مختلفة ويخفف هذه المضاعفة الاستغناء عن المسهل قبل العملية والاستعاضة عنه بالحقنة الشرجية فى ليلة العملية وفى صباحها ، ومعاملة الاعضاء البطنية برفق ولين فى أثناء العملية ، واذا حدث الانتفاخ فالمعتاد ان يزول بعلاج بسيط كوضع

الانبوبة الشرجية فى المستقيم وليلاحظ الانسان أن يضعها أعلى العضلة العاصرة الباطنة . وان كان التقطير الشرجى مستمراً يحسن إبطاله من وقت لآخر لوضع هذه الانبوبة . فان لم تخفف الانتفاخ فلتعمل حقنة بالصابون بنحو لتر أو حقنة بنحو خمسين جراما من التربنتينا مع خمسين جراما من الجلسرين أو حقنة بمحلول الشب بمقدار خمسين جراما فى نحو ٥٠٠ جرام أو حقنة من خمسين جراما من سلفات الصودا أوسلفات المانيزيا مع خمسين جراما من الجلسرين مع عشرة جرامات من التربنتينا مع نحو خمسمائة جرام من الماء والصابون . ولحقنة خلاصة الغدة وحقنة الازرين بعض الفائدة .

وعلى الانسان أن يقلل مقدار الحقنة الشرجية اذا كانت العملية فى القولون .

الغذاء — لست أدرى أمن الصواب أن أقول لكم فى مسألة الغذاء شيئا ذلك لأنى إباحى أدعو المريض إلى الغذاء الاعتيادى في اليوم الثالث على الأقل وفى اليوم الرابع على الاكثر . أما قبل ذلك فتفصيله سهل ، منع كل شيء بالفم فى الاثنتى عشرة ساعة الأولى ، ثم يعطى الماء قليلا قليلا فان بقى فى المعدة ولم تقذفه يعطى المريض قليلا من اللبن أو المرق ويزاد مقدارهما تدريجاً حسب شهوة المريض إلى اليوم الثالث أو الرابع .

العناية بجرح العملية — المعتاد ان يترك الجرح وشأنه بغير تضميد إذا لم يكن هناك ألم فيه بعد اليوم الثالث او ارتفاع فى حرارة الجسم فى اليوم الثالث أيضاً إلى أن يحل ميعاد رفع الغرز او المشابك . ويحسن ترك الخياطة إلى اليوم العاشر . اما المشابك فترفع فى اليوم الثامن . أما فى الأحوال التى يرى الجراح أن يضع فى الجرح أنبوبة للتصفية فيلزم ان يعمل لها الغيار يومياً . وكذلك يلزم تضميد الجرح كل يوم إذا اشتبه الجراح فى تلوث الجرح وتقيحه . ويمكن المريض أن يجلس فى السرير بعد فك الخياطة أو رفع المشابك ولا يسمح له بالمشى إلا بعد اسبوعين من تاريخ العملية . ويلزم ان ينصح الجراح للمريض بلبس حزام على البطن مدة ثلاثة اشهر على الأقل ؟

تضخم البروستاتا

للدكتور نجيب مقار

الاسباب :

١ — السن : ضخامة البروستاتا من أمراض الشيخوخة . وهى تحدث فى الشيوخ فوق سن الستين بنسبة ٣٥ فى المائة . على أن مسألة السن تختلف باختلاف الممالك ففى أوروبا سن الستين هو المعتاد . أما فى الهند فبناء علي احصائية فراير Freyer ظهر ان المرض يحدث فى الخامسة والاربعين وحالات ضخامة البروستاتا التى أدخلت مستشفى قصر العينى فى مدة الاربع سنوات الاخيرة كان متوسط السن فيها ٥٤ سنة

٢ — الجنسية : لا يصيب هذا المرض جميع الاجناس بنسبة واحدة . فمثلا تراه منتشراً فى أوروبا وفى أمريكا الشمالية . وتراه أقل من ذلك فى الممالك الاخرى ففى آسيا تشاهده فى الهند إلا أنه أقل من نسبة انتشاره في أوروبا وترى المرض نادر الحدوث فى الصينيين واليابانيين أما فى أفريقيا فان مصر اولى الممالك المنتشر فيها مرض ضخامة البروستاتا بكثرة إلا أنه أقل من الهند وفى جنوب واواسط أفريقيا فالمرض هناك غير معروف .

٣ — حقيقة وأسباب المرض

أن حقيقة هذا المرض غير معلومة للآن . إلا أن النظريات التالى ذكرها قد توضح بعض الاسباب :

ا — التضخم (Hypertrophy) . وايت وماكوين White & Mc Ewen يقولان بالنظرية الآتية : ان التضخم هو حادث ثانوى للتغيرات التى تحصل فى الخصيتين فى سن الشيخوخة. نعم فى بعض حالات نادرة قد تحصل زيادة عامة فى جميع انسجة الغدة الا أنه فى اغلب الحالات ترى ان هذه التغيرات مصاحبة لاتساع

الانابيب الدقيقة والفصيصات Acini مع ظهور علامات استحالة (degeneration) على انه فى حالات الاخصاء أو استئصال الخصيتين يحصل ضمور فى البروستاتا . فقياساً على النظرية السابقة كان يجب حدوث تضخم بدلا من حدوث ضمور على أن ذلك لا يتفق ولا يمكن أن يقاس بمسألة التضخم الناتج من التعويض الوظيفى كمشاهدة تضخم الكلية بعد استئصال اختها أو تضخم غدة أو جملة غدد لا قنوية بعد قطع غدة مماثلة

ب — أن تضخم البروستاتا هى من مظاهر التغيرات الحاصلة فى الاعضاء التناسلية البولية لداعى اصابتها بالتصلب الشراييني . على انه قد تصادف وجود التصلب مع تضخم البروستاتا مثال ذلك إصابة المثانة أو الكلية بتصلب ليفى مع وجود التضخم البروستاتى فاذن مسألة مصاحبة المرضين لبعضهما لا يسمى ذلك سبباً . وفى جملة حالات لم يظهر الكشف على أوعية البروستاتا انها مصابة بتصلب . كذلك شوهدت حالات تضخم بروستاتى عديدة فى اناس لم يكونوا مصابين بتصلب شراييني .

ج ـ نظرية ڤلپو (Velplau) : يقول ان مرض البروستاتا يطابق مرض الرحم الليفى كل المطابقة . وجاء بالنقط التالي ذكرها لتأييد نظريته

(١) ان حويصلة البروستاتا هى مطابقة للرحم والمهبل

(٢) البروستاتا والرحم مماثلان لبعضهما فى التكوين النسيجى

(٣) نمو وتكوين بل وحدوث الاورام فى الرحم تحدث غالبا فى سن انقطاع النسل

الا ان فريير Freyer دحض هذه المزاعم بالنقط الآتية :

(١) الحويصله المقول عنها انها مطابقة للرحم لا تتضخم مع تضخم البروستاتا

(٢) الأورام الرحمية تبتدىء كالياف عضلية Fibromyoma بينما أورام البروستاتا تراها مخالفة لذلك

هـ ـ نظرية الالتهـاب : وهى حدوث التهـاب ارتشاحى Catarrhal فى الفصيصات Acini والانابيب الدقيقة Tubules والانسجة المغلفة للبروستاتا stroma . . . فحينما تصاب الفصيصات يحصل تولد وتشعب حاد تعقبه استحالة وتقشر البشرة المخاطية وبذلك يحدث اتساع الفصيصات وهو الذى يؤدى الى كبر الغدة اما اذا أصيبت الانسجة المغلفة بالالتهاب فيحصل تليف حول الفصيصات وبانقباض هذه يحدث انسداد فى الفصيصات واذن يقل حجم البروستاتا وتسمى اذن البروستاتا الليفية Fibrousprostate وكانت الفكرة ان العدوى تبتدىء اولا فى مجرى البول ثم تصل الى فصيصات البروستاتا . الا أن Rovsing وجـد ان فى ٦٠ ٪ من حالاته المصابه بتضخم البروستاتا لم يكن هناك اى اثر لالتهاب مجرى البول Urethritis ووجد Wallace و Dudgean فى عدد قليل من غدد البروستاتا الميكروب العنقودى الابيض Staphlycoccus albus وقد عملت تجارب عديدة بعد ذلك فلم تؤيد مزاعمها

ونظرية الالتهاب قديمة من عام ١٨٣٠ م ولها انصار عديدون خصوصاً فى اميركا ـــ ونحن نقول انه ولو ان السبب مبهم للآن فى هـذه النظرية الا انه فى حالات عديدة من انواع البروستاتا المتليفة ترى النظرية صحيحة

و ـ نظرية انها من النوع الغددى : (Adenoma)

كان لهذه النظرية شأن عظيم حيث كانت الفكرة ان كبر الغدة من نوع التحول الغددى Adenomatous البروستاتا

على أن مشاهدة البروستاتا المتضخمة بالعين المجردة بعد أن تكون قد استؤصلت تشاهد بها حبيبات (Nodules) باحجام مختلفة وهذه تراها محوطة بغلاف ليفى عضلى وبالمجهر حينما تعمل قطاعات لهذه الحبيبات فانك ترى تشعب Proliferation

للانسجة الغدّية وكذلك تشعبا أقل درجة للانسجة المغلفة Stromai ولذلك فالصورة تطابق ورما غدديا فى الغدد الاخرى

الا أن هناك انتقادان لهذه النظرية

أولها — أن السن الذى يحصل فيه تضخم البروستاتا لاتطابق سن حدوث الاورام الغددية .

ثانيهما — أن بعض الثقاة أورى أنه فى حالة تضخم البروستاتا (الجزء المشابه للورم الغددى منها) لايطابق الاورام الغددية وقد أيد رأيه بعمل قطاع فراى أنه يشابه الغدة السليمة وذلك غير الحاصل فى الاورام الغددية

أن العلم فى وقتنا الحاضر لم يمكنه توضيح حدوث الأورام عمومها وبينها الاورام الغددية . ولذا فلو طبقنا السبب الحقيقى لضخامة البروستاتا على هذه النظرية فلا يمكننا تأييد ذلك أو رفضه واذن نترك ذلك للمستقبل

وكثير من اخصائى المجارى البولية يؤيد نظرية الورم الغددى ويقولون بان الغدة البروستاتية هى التى تتضخم ويقول بعض المعلمين الافرنسيين خصوصاً Quenu & Marion أن الضخامة نتيجة تورم غدد Sulo cervical glands موجودة تحت عنق المثانة وملتفة حول الجزء القريب من مجرى البول البروستاتى هذه الغدد بتضخمها تسبب اتساع البروستاتا الحقيقية وبالتالى يكبر حجمها ولكن فى الحقيقة يضمر الجزء البروستاتى الحقيقى الذى يكوّن ما نسميه بغلاف البروستاتا المرضى Pathological capsule

هـ ـ بعض نظريات أخرى

(١) ان سبب ضخامة البروستاتا يرجع لكثرة الجماع

(٢) ان الضخامة متسببة عن عدم تفريغ المثانة من البول فى الوقت المناسب لأسباب اجتماعية أو لدواع أخرى

وهذان السببان لا يؤيدهما أحد فى وقتنا الحاضر و يمكن اغفالهما

الا أنه من البحث السابق يمكننا أن نستخلص أن السبب المعقول علمياً يمكن تطبيقه على النظرية الالتهابية او الورم الغددى حتى يوضح لنا المستقبل ما نحن نه جاهلون

التأثير الذى يحصل من تضخم البروستاتا

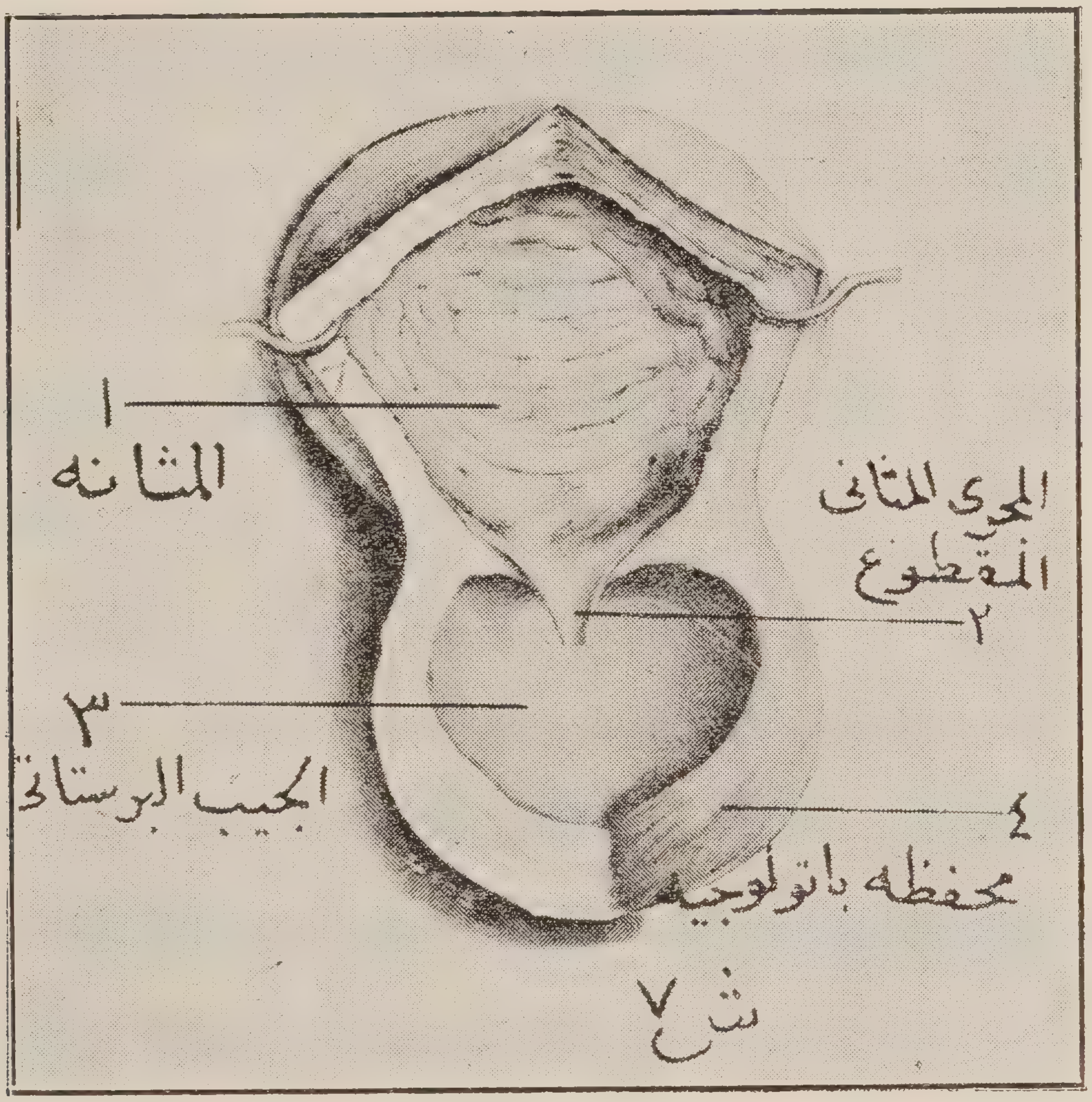
(١) على البروستاتا نفسها

(ا) كبر حجمها : تزن البروستاتا الطبيعية نحو ٢٠ جراما ـ وفى حين التضخم يختلف وزنها من ٥٠ الى ١٠٠ جرام وهو المتوسط وقد استأصل فرير Freyer واحدة وزنها ٤٠٠ جرام

(ب) تغيير الحجم : شكل البروستاتا هرمى قاعدته مائلة الى الاعلى والى الخلف وقمته الى الامام . بينما تشاهد أن قمة البروستاتا المتضخمة داخلة فى المثانة وحين وجود فص متوسط Median lobe ترى القاعدة توازى لخط يمر فى فتحتى القناتين القاذفتين المشتركتين common Ejaculat0ry ducts وعلى ذلك نشاهد أن الشكل الهرمى أصبح معكوساً وفى حين عدم وجود فص متوسط نشاهد البروستاتا فى شكل اسطوانى .

(ج) مكان التضخم : الجزء الوحيد من البروستاتا الذى يتضخم هو الذى يقع بين المثانة وحويصلة البروستاتا Utricle بينما الجزء الباقى لا يتغير شكله على أن الضخامة الحقيقية تحدث فى الفصين الجانبيين Lateral lobes بينما الجزءان الخلفى والامامى لا يحصل فيهما تغير فتبتدىء الضخامة كورم غددى أما فى جزء البروستاتا الذى يحيط مجرى البول ، واما كتضخم يحصل فى الغدد التحت عنقيه Subcervical glands كما ذكرنا ذلك سابقاً . ومن هنا تنمو الانسجة الغددية

الحديثة فى كل الجهات فتعلو حتى تصل المثانة والى الخلف لغاية المستقيم والى الجنب لتضيق المجرى البولى . على أن هذه الانسجة الجديدة كما تمت تراها تضغط على غدة البروستاتا الاصلية ثم على الغلاف البروستاتى حتى يضمر وينكمش ويصير بشكل غطاء ليفى عضلى سميك وهو ما يسمى بغلاف البروستاتا المرضى (انظر شكل ٧)



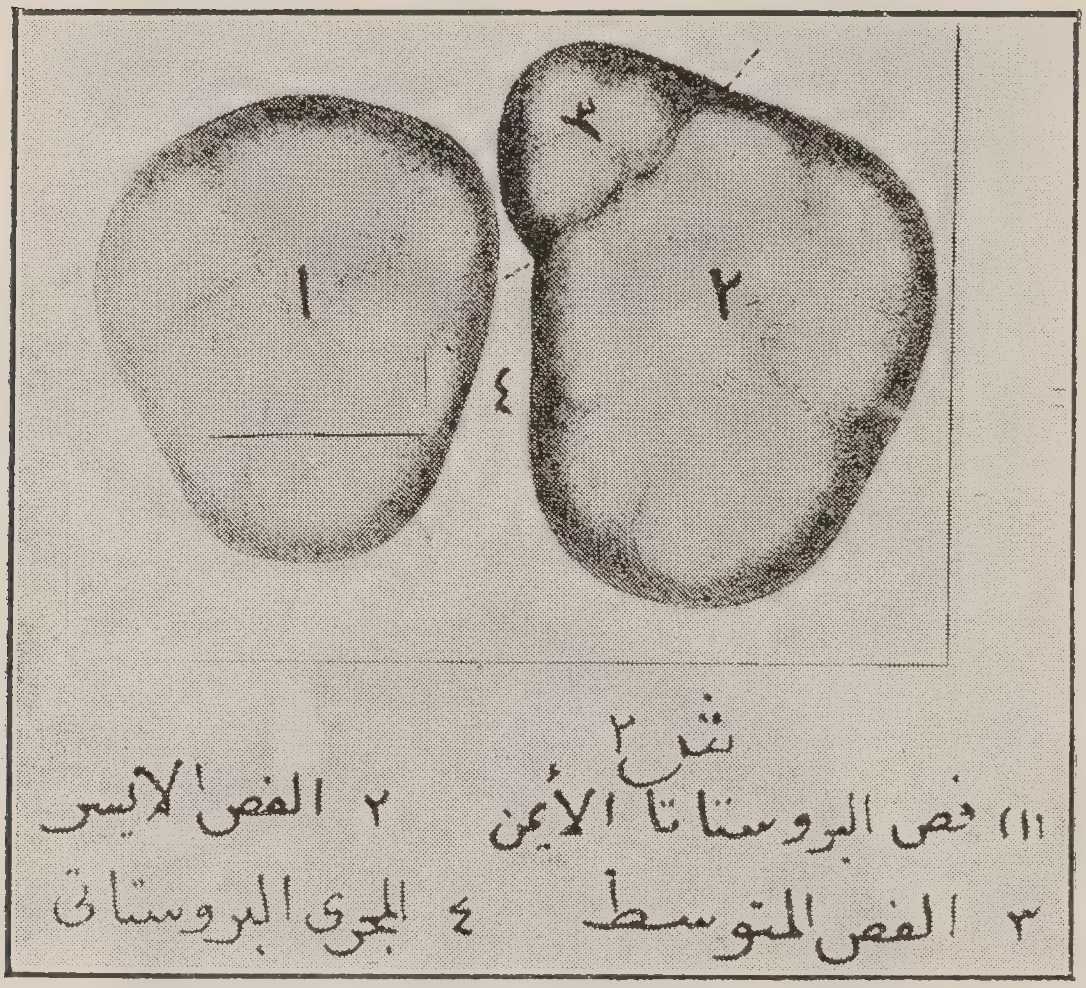
(عن جوتيراس)

وهنا نشاهد بين الاجزاء الحديثة والقديمة خطاً فاصلا سنرجع له حين ذكر مسألة استئصال البروستاتا

(د) الفص المتوسط

حقيقة هذا كما قال (Sir Thompson Walker) هو انه من الفصين الجانبيين (انظر الشكل ٢) وبنموه الى الأعلى تراه إذن يدخل فى العضلة المثانية العاصرة

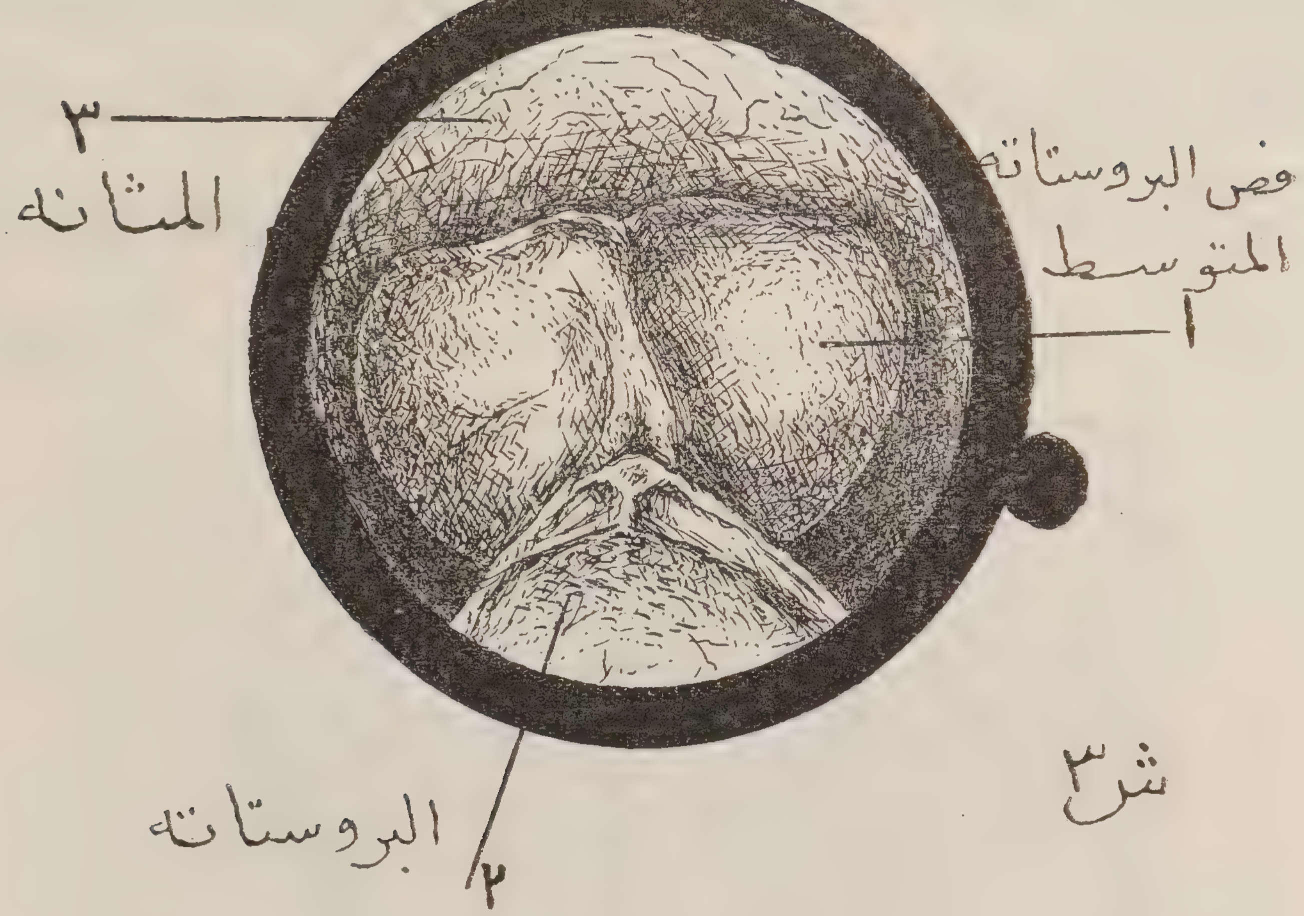
(Vesical Sphincter) وكلما تضخم يطرد امامه بعض الألياف العضلية المستطيلة التى تمر من الحالبين موازية لمثلث المثانة (Trigone) وتتصل بعضلات المجرى البولى البروستاتى وبذلك يشاهد ان الفص المتوسط أصبح محله تحت الغشاء المخاطى للمثانة



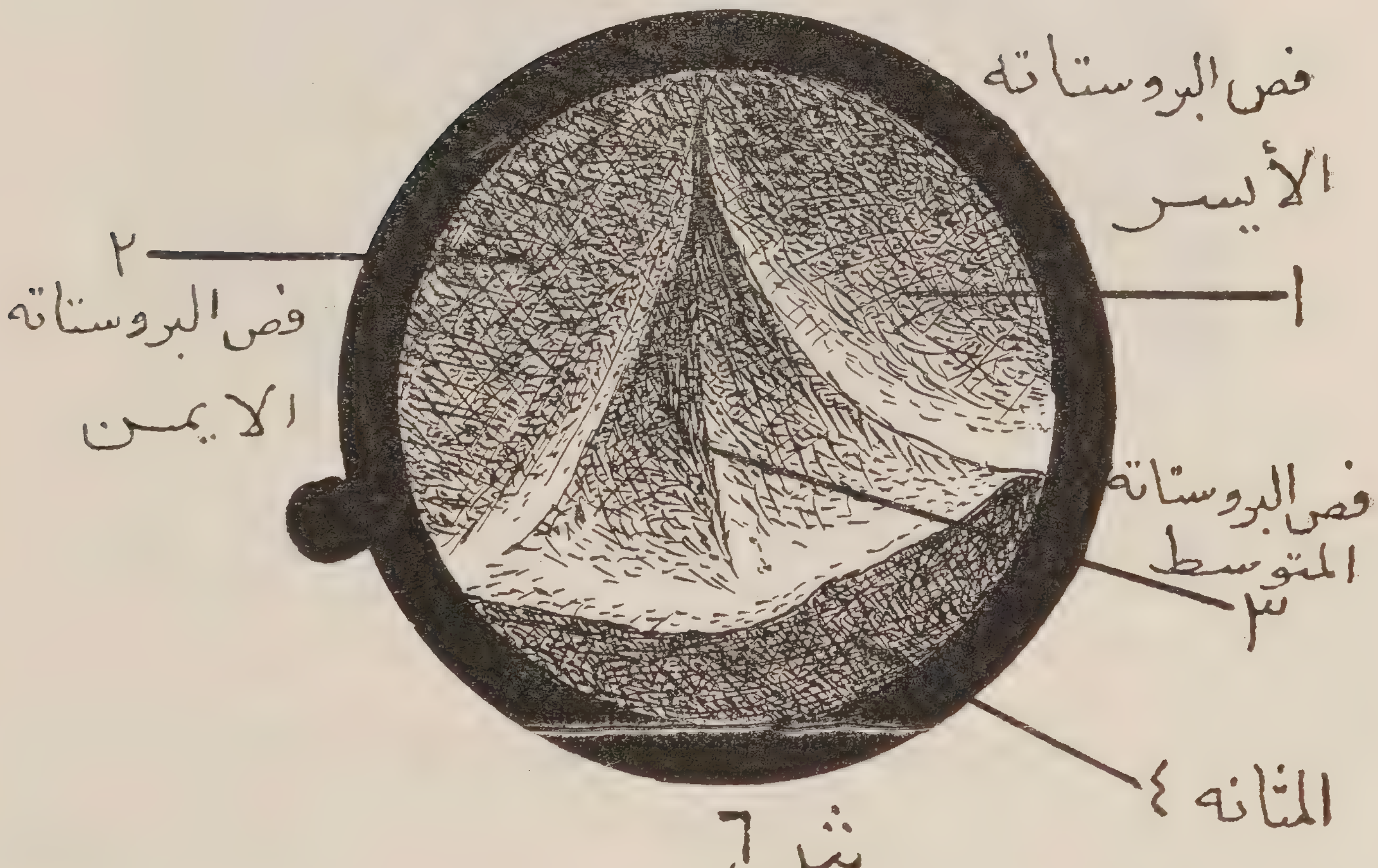
(عن جوتيراس)

ويقول الرأى الأفرنسى (Jores, Albarran & marion) ان الفص المتوسط منشأه من الغدد التحت عنقية المتوسطة وبنموه إلى المثانة يطرد العضلة المثانية العاصرة ثم بنموه إلى الأسفل والى الخارج يصير متحداً مع جزء البروستاتا الملاصق لعنق المثانة

وشكله ليس بحالة واحدة فاحياناً تراه بشكل الحلمة أو بشكل المروحة أو الفطر الخ ... كذلك يختلف حجمه ف (Leugneu) استأصل واحداً حجمه ١١٠ جرامات وأحياناً قد يكون ذا ذنيب وهذا الذنيب مهما كان صغيراً قد يسد مجرى البول كما سترى بعد (انظر شكل ٣ و شكل ٦)



(عن ماريون)

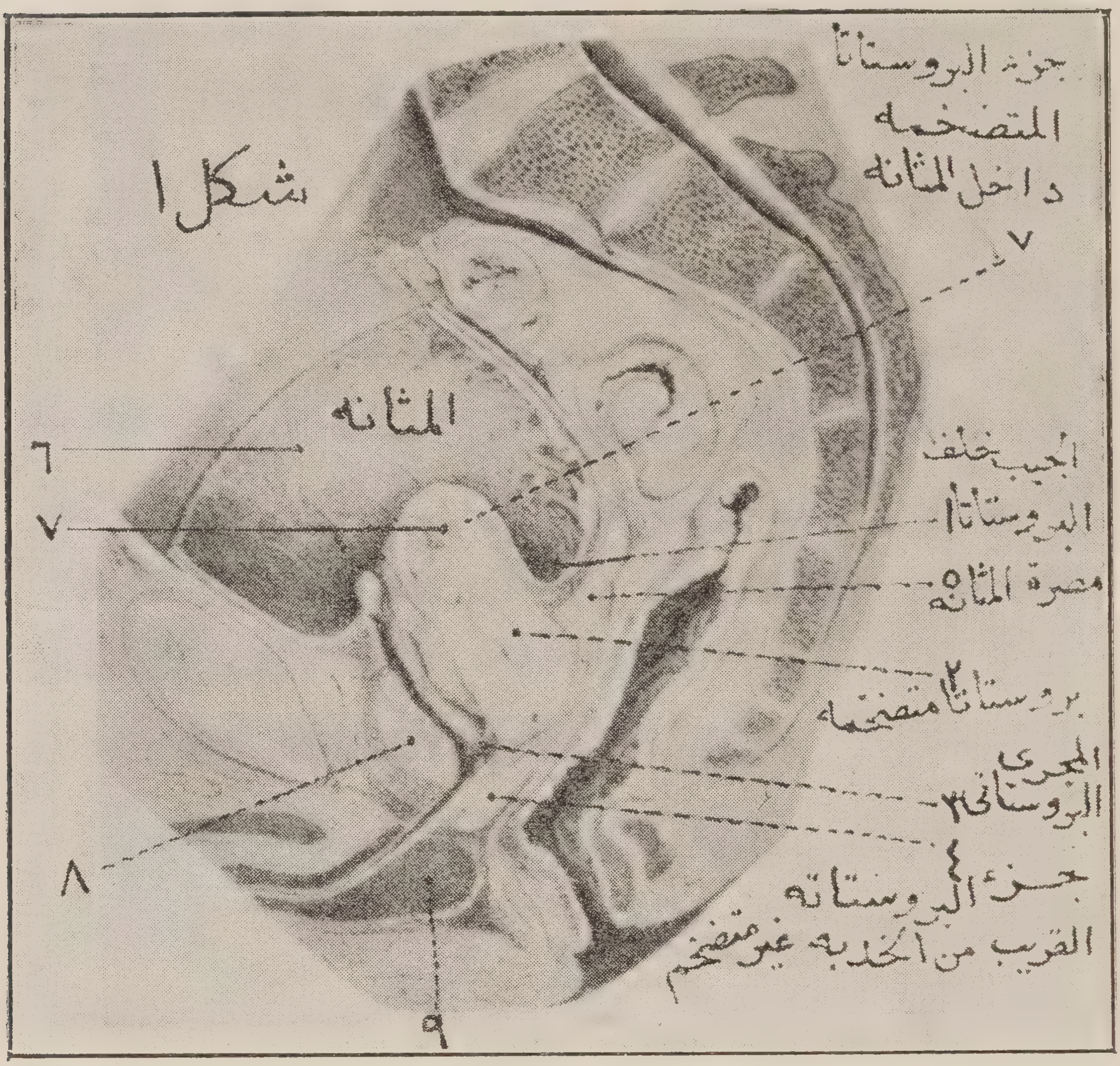


(عن ماريون)

(٢) تأثير ضخامة البروستاتا على حويصلات المنى :

هذه تطرد الى الأعلى والى الخارج وإلى الخلف والنتيجة ترى أن الحويصلات منفصلة عن بعضها

(٣) تأثير الضخامة على مجرى البول : (انظر شكل ١)



(١) استطالة القناة : طول المجرى البولى البروستاتى فى الحالة الطبيعية هو ٣ سنتيمترات . ولكن نتيجة نمو البروستاتا إلى داخل المثانة تريك ان الغشاء المخاطى لهذا الجزء من المجرى يرتفع حتى يصل طوله إلى ٤ أو ٨ سنتيمترات — وهذه النقطة يجب ملاحظتها حين ادخال قسطرة

(ب) الانبعاج الجانبى للقناة

يتضخم الفصان الجانبان وينموان لجهة الخط المنصف فتراهما يضغطان على المجرى البولى فتقل بذلك السعة الجانبية وينبعج المجرى ولكن حيث لا يكون التضخم

متساويا فى كلا الفصين فترى نتيجة ذلك أن المجرى لا يكون فى خط رأسى مستقيم انظر شكل (٢)

ج ـــ أحدوداب المجرى

بما أن الحويصلات المعوية تتغير فى المواضع الى الاعلى والخلف فترى أن اسفل المجرى يشد الى الاعلى والخلف فى المحل الذى تفتح فيه القناتان المشتركتان القاذفتان . ففى هذه النقط يحصل أحدوداب المجرى بشكل زاوية حادة فتحتها الى الامام ولنفس هذا السبب ترى أن القطر الامامى الخلفى يزيد وانحناء المجرى بهذا الشكل يوضح لنا السبب فى صعوبة ادخال القسطرة فى هذا الجزء فى حالات تضخم البروستاتا والذى من أجله يجب استعمال القسطرة المنحنية(Coudé) (انظر شكل ١)

(٤) تأثير تضخم البروستاتا على المثانة

العضلة المثانية القابضة . حين نمو البروستاتا تراها تدخل فى العضلة القابضة . وبالتالى تنقبض العضلة وتمسك هذا الجسم المتضخم أعنى البروستاتا ـــ وبعد مدة تتضخم العضلة الا أنها بعد ذلك ترتخى وتفقـد وظيفتها ولذا فى حالات تضخم البروستاتا المزمنة ترى ان العضل الباقى سليما هو العضل القابض لمجرى البول فقط (Compressor Urethra)

الفتحة الداخليـة لمجرى البول : الفتحة الداخليـة لمجرى البول ترى شكلها كالقمع وهى كائنة فى اسفل جزء من المثانة وينتج من تضخم المثانة ان الحائط الخلفى لهذه الفتحة يرتفع الى الأعلى ويحدث شبه فاصل ولذا تقسم المثانة الى جزئين.... فالخلفى يسمى (كيس البروستاتا الخلفى (Pest prostatic pouch) والأمامى هو المخرج البولى للمثانة . انظر(شكل ١) وأحيانا يبرز الفص المتوسط للبروستاتا خلف حافة الفتحة ويعطى لك منظرا يشبه الفتحة العليا للحنجرة معلقا فوقها لسان

المزمار Eiglottis وفى حين عدم وجود فص وسطى فان تضخم الفصين الجانبيين يعطى الفتحة منظراً يشبه الياقة

على أن دقائق منظر عنق المثانة سنشرحه بعد التكلم على الفحص بالمنظار المثانى

الاعراض والعلامات

لشرح ذلك يجب عمل التقسيم الآتى حسب درجات المرض :

الدور الأول : فى هذا الدور ترى المثانة سليمة من العدوى . فقط يكون بروز البروستاتا بمثابة جسم غريب داخل المثانة وعليها أن تجتهد فى اخراجه — كجسم غريب تراه يحدث احتقانا وتهيجا ... ولذا فهو يسبب كثرة التبول وكثرة التبول تختلف فى الليل وفى النهار ففى النهار حيث يكون الشخص فى عمله وفى حالة حركة وشغل فان انقباض عضل الجسم يجعل الدورة الوريدية فى تمام عملها . ولكن فى الليل بينما يكون الجسم فى هدوء وراحة ترى الاجزاء المحتقنة تتأثر اكثر ... فان مثانة الشخص المصاب بالبروستاتا تكون محتقنة بالليل اكثر منها بالنهار ولذا فكثرة التبول تظهر فى الليل اكثر وهى علامة قوية من علامات ضخامة البروستاتا فان المريض ينام مدة ٤ أو ٥ ساعات ثم يصحو ليتبول بعد ذلك ولكنه يرى نفسه مضطراً ان يتبول كل نصف ساعة أو ما يقرب من هذه المدة لغاية الصباح حيث تقل مدة التبول ففى النهار متوسط عدد التبول يكون بين ٢ الى ٣ ساعات

وبعد مدة تقل ساعات التبول عن ذى قبل ويرى المريض نفسه عادة فى صعوبة فى بدء التبول وعند التبول يرى نفسه مضطراً للزحير ليستمر نزول البول — ولا يندفع البول بقوة عند النزول و بدلا من قذفه بعيداً يرى انه نازل عموديا قريباً من قدميه — وعند نهاية التبول ينزل بشكل نقط : على أن صعوبة التبول لا يصحبها ألم ما لم يحصل التهاب مثانى — على ان سبب الألتهاب هو الاحتقان

المبدئى فاذا أصيب المريض ببرد أو أكل اكلة غنية مشبعة أو سكر، فقديصبح التبول من الصعوبة بحيث قد يمتنع بتاتاً وقد يكون امتناع البول عقب أصابة ببرد وبدون سابق انذار هو العلامة الأولى للمرض إلا أن ذلك نادر .

يمكننا بعد ذلك ان نلخص أعراض الدور الأول للمرض فيما يأتى :

(١) كثرة عدد مرات التبول خصوصاً بالليل

(٢) صعوبة التبول

(٣) نوبات انحباس بولى مختلفة فى الشدة والمدة

الدور الثانى : اثناء هذا الدور تشتد الأعراض السابقة مع أضافة عامل آخر هو وجود كيس البروستاتا الخلفى : إذ بتكوينه لايتأتى للمثانة ان تفرغ جميع البول الموجود بها فتمتلىء بالبول اسرع من ذى قبل ويشعر المريض برغبةفى التبول وإذن يكثر تبوله فى مدة أقل من سابق عهده

كذلك يزداد ألم التبول ويزحر المريض بشدة وقد يتأتى من ذلك حدوث فتق أو باسور أو خروج المستقيم .

على أن العرض المهم جداً فىهذا الدور هو احتباس البولوهو اما أن يكون

(ا) احتباساً بوليا حاداً

(ب) احتباساً مع رشح بولى

(ا) فالاحتباس الحاد يحدث فجأة والمريض يشعر كانه سيتبول ولكن يقاومه عدم القدرة على ذلك فتراه يزحر ويزحر بشدة ولكن بدون جدوى . تراه فى شدة عظيمة فيقوم ويقعد ويجرب تحريك جسمه فى كل موضع أملا فى التبول ويسرع فى طلب الطبيب أخيرا وأحياناً قد يحصل التبولولكن بعد مدة من الزمن فى الحالة الاولى يسمى الانحباس تاماً Complete وفى الثانية غير تاما Incomplete وهنا ترى المريضيتبول جزءاً من البول فقط ولكنه لايمكنه أن يفرغ كل ما فى

مثانته . وبعد زوال الانحباس يزيد احتقان المثانة عما كان وعلى ذلك تكثر دفعات التبول ويشاهد اذن نزول بضع نقط فقط وبالرغم عن عمل كل شيء فلا ينزل البول مندفعاً وتحدث للمريض أعراض شبه الزحار أو التعنى Stranquary وزيادة على ذلك يشعر المريض بألم فى التمرة وثقل فى العجان

(ب) الانحباس مع رشح البول

لمناسبة نمو المثانة وكبر حجمها فان جزءا غير صغير من البول يبقى داخلها فى الجزء المتكيس الخلفى Post prostatic pouch وباقى البول يندفع رغماً عن انسداد المجرى البولى لسبب قوة انقباض المثانة . ولكن فى الحالات المتأخرة يصبح عضل المثانة ضعيفاً . وفى هذه الحالات (مالم تكن المثانة فى حالة انقباض لسبب اصابتها من قبل بالتهاب مثانى) تتسع المثانة بدرجة عظيمة فقد ترتفع لغاية السرة . وفى هذه الحالة ترى ان المريض فى الحقيقة لايتبول بل يكون البول فى حالة رشح وتيار الاندفاع يكون ضعيفاً جداً حتى يصبح تقطيراً فقط . واذن ترى ملابس المريض الداخلة مبللة بالبول الذى يتعفن ويصير ذا رائحة كريهة جدا . على أن هذه الحالة أصبحت الآن ولله الحمد أقل من ذى قبل وتحدث فقط حينما تحصل عدوى فى المجارى البولية السفلى

الدرجة الثالثة

هى مضاعفات للدرجة التالية كالآتى :

(١) هبوط وظيفة الكلى

(٢) التهاب المثانة واجزاء الجهاز البولى الاخرى

(٣) بول دموى

(٤) انقلاب سرطانى

(١) لقد نوهنا سابقاً عن تأثير ضخامة البروستاتا على الكلى . ان المريض فى هذه الدرجة ترى وجهه باهتاً (haggard look) ولسانه جافاً وملمسه خشناً ووبريا فى الوسط وحوافيه لامعة ولونها بنى ويشكو المريض بضعف الشهية خصوصاً للحوم والاكلات الدهنية وقد يحصل له تجشؤ وأحياناً قئ وغالباً يشكو امساكا مع حصول نوبات اسهال وصداع قد يكون شديداً لايطاق وعضل الجسم يكون ضعيفاً مع حصول ارتعاش خصوصاً عند عمل مجهود انقباضى وقد يكون النبض ملآنا يورى زيادة ضغط دم . وأحياناً تحصل نوبات عسر تنفس أو ربو كلوى وقد تحصل اصابة اعصاب (شبكية) العين وبذا يقل النظر

أما البول فغالباً يكون لونه أصفر باهتاً وكمية المواد الصلبة به قليلة . وقد يحتوى على أنابيب وخلايا كلوية . . أما الدم فتزيد به نسبة البولينا ـ وقد تنتهى أعراض التسمم البولى المزمنة هذه (اليوريميا) بحدوث أوزيما الرئة أو حالة ثبات تقضى على المريض.

وفى بعض الحالات قد يحدث امتناع تام للتبول لمدة أيام قلائل يعقبه حالة ضعف شديد ثم أعراض فجائية بالمخ كهذيان أو جنون أو حلة تهيج بالمخ شديدة ثم الموت .

(٢) العدوى (Infection)

تأتى عادة بادخال مجس أو قسطرة فى المثانة وحيث أن البول فى الجيب الخلفى البروستاتى راكد فانه من السهل أن يعدى بميكروبات مثل باشلس القولون أو الميكروب العنقودى أو السبحى أو باشلس بروتياس B. Proteus وهكذا فالعدوى تنتشر بالمثانة فتحدث بها التهاباً مع أعراضها المشهورة وهى الالم وحالة التعنى المماثلة للزحار ألخ مع إضافة الاعراض الاخرى التى ذكرناها . وثانوياً لهذه الحالة قد تتكون أحجار فسفاتية فى الجيب الخلفى للبروستاتا ومن المثانة تنتشر العدوى الى الاجزاء الآتية :

(ا) الى البروستاتا نفسها فتحدث بها التهابا أو خراجا فيشعر المريض بالالم فى العجان وعدم راحة فى التغوط وبجس المستقيم تشاهد أن البروستاتا مؤلمة

واذا كان الخراج قريباً من المستقيم فيمكن جسه وادخال قسطرة تحدث ألماً شديداً وغالباً تكون حرارة المريض مرتفعة

(ب) عدوى البربخ

تنتشر العدوى من القناة الناقلة للمنى الى الخصية فتحدث التهاباً بالبربخ والخصية ولا تخفى أعراض هذا الالتهاب فلا داعى لذكرها هنا

(٣) التهاب حوض الكلى سواء منه المصحوب بالتهاب كاوى والغير مصحوب بذلك ولكل حالة أعراضها المعلومة وتنتقل العدوى من الاسفل الى الاعلى حتى تصل الى حوض الكلى وقد ينشأ عنها شلل لوظيفة الكلى الى حدما فتساعد على حصول التسمم البولى السابق التنويه عنه

(ج) البول الدموى

يغلب أن يحصل ذلك من ادخال القسطرة بخشونة أو ضغط اكثر من اللازم ولا ينشأعن ذلك ضرر كبير الا اذا كانت القسطرة قد أخترقت الانسجة وفتحت ممراً كاذبا

وقد يظهر الدم فى البول نتيجة افراغ المثانة دفعة واحدة وبسرعة بعد ان كان قد طال انتفاخها من الانحباس وفى مثل هذه الحالات قد يكون منشأ النزيف من الكلى نفسها اذا كانت الحويصلة قد أنتفخت أيضاً من الانحباس وأخيراً ينبغى انلا تنسى ان النزيف فى البول قد ينشأ عن تقرح غشاء المثانة من حصوة أو من ورم قد ينشأ لغير ما سبب

(د) ظهور الاورام الخبيثة فى البروستاتا المتضخمة

تظهر الاورام الخبيثة (السرطان) فى نحو ٢٣ فى المائة من البروستاتات المتضخمة وسنذكر أعراض هذه الأورام فى موضع آخر

تشخيص تضخم البروستاتا

بعد أن يؤخذ من المريض تاريخه المرضى يطلب منه أن يبول ويحسن بالطبيب أن يلاحظ وقتها فيرى الموقف الذى يتخذه المريض عند التبول وتسلسل البول أو انقطاعه الخ ثم يفحص المريض فحصاً عاما بما فى ذلك جس الكلى والمثانة والصفن ثم يقسطر المريض بقسطرة خاصة وتقاس كمية البول وتفحص البروستاتا والقسطرة فى موضعها ثم تنزع هذه ويعاد الفحص فاذا كانت متضخمة نجد ما يأتى : —

تكون البروستاتا كبيرة متناسقة فى المرونة أى ليس بها أجزاء أصلب من غيرها ويمكن بسهولة جس القسطرة من وسطها ويشعر الطبيب بنسيج رخو متناسق يفصل أصبعه وجسم البروستاتا نفسها فاذا نزعت القسطرة يشعر الاصبع الفاحص بوجود ميزاب مكانها يمتد الى قاعدة المثانة حيث ينتهى الى حفرة تتكون من انفراج فصى البروستاتا ويطلق عليها أحيانا الحفرة فوق البروستاتا ولهذه الحفرة أهميتها فى التشخيص التمييزى فان اختفاؤها يرجح وجود ورم خبيث

ثم تفحص جوانب البروستاتا لمعرفة مقدار تضخمها ثم توضع اصابع اليد الاخرى فوق العانة وتضغط برفق حتى تقع البروستاتا بينها وبين الاصبع الفاحص فى الشرج ثم تحرك الغدة بينها وهى تكون سهلة التحريك مهما كان جسمها كبيرا ويلاحظ أن مقدار التضخم الذى يظهر من فحص الشرج لا يدل على مقدار التضخم الحقيقى وينبغى لكى نصل الى معرفة ذلك ان نهتدى أيضاً بمقدار البول الذى يبقى بالمثانة بعد التبول ولكن الطريقة المثلى لتحقيق مقدار التضخم تكون بواسطة المنظار المثانى فقد يمكن للمثانة مثلا أن تفرغ ما بها من البول افراغا تاما رغم تضخم البروستاتا وقد ينحبس البول لا لتضخم هذه الغدة نفسها تضخما كبيرا بل لأن جزءاً صغيراً منها قد تضخم بحيث أحدث اعوجاجا فى مجرى البول نشأ عنه الانحباس وفى هذه الحالات قد لا يبقى فى المثانة بول بعد التبول رغما عن أن أعراض تضخم

البروستاتا تكون شـديدة وواضحة ومن جهة أخرى قد تبقى كمية من البول لا يستهان بها فى المثانة دون أن يكون هناك تضخم فى البروستاتا مثل وجود جيوب بالمثانة — أو ورم بها أو فى حالات شلل النخاع أو ضعف عضلات المثانة الخ

هذا واذا كان المريض يشكو من كثرة التبول بالليل ترجح لدينا إصـابته بتضخم البروستاتا ولـكن انعكاس هذه الحالة أى كثرة التبول بالنهار لا تعنى حتما عدم تضخم فى الغدة فانه اذا صحب هذا التضخم نزلات بالمثانة أو وجود حصوة بها الخ. فقد يكثر التبول نهارا

المنظار المثانى

لما كان تشخيص تضخم البروستاتا بالطرق الاكلينيكية فقط قد يخطىء فى بعض الأحيان كما حصل لأكثر من واحد من مشـاهير الجراحين أصبح من اللازم لتحقيق التشخيص فحص داخل المثانة بالمنظار الخاص

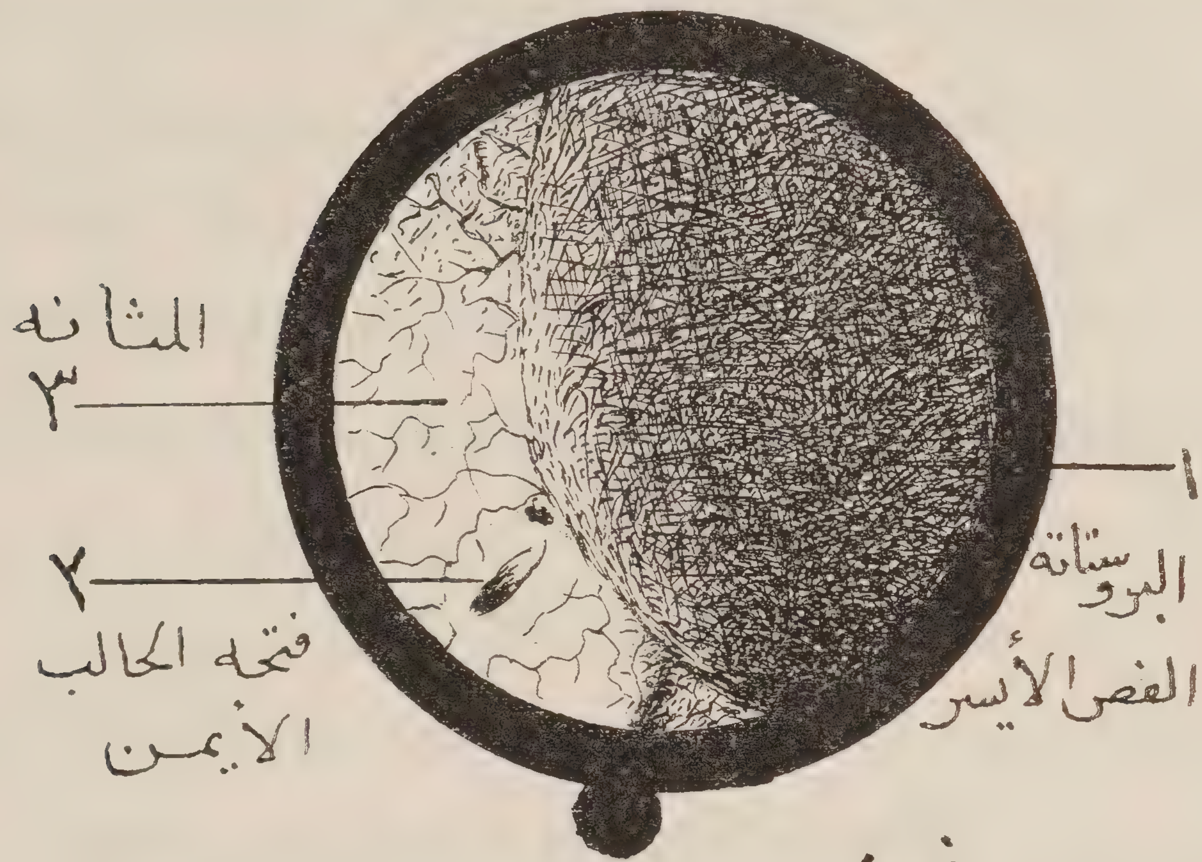
وهاك شرح مختصر لـما يُرى داخل المثانة بالمنظار المذكور وحالة تضخم البروستاتا : —

(١) تشاهد رقبة المثانة فى الحالات الطبيعية واضحة الحدود ومقعرة فاذا كانت البروستاتا متضخمة ظهر قاع الرقبة منبسطا وإذا كان التضخم كبيراً ظهر مقوساً (Convex) ويكون الغشاء المخاطى ذا لون أزرق بدل الأحمر القانى فى الحالات الطبيعية (انظر شكل ٤)

(٢) فتحة الحالب

ثم تفحص فتحتى الحالبين بالمنظار فان كانت البروستاتا طبيعية الحجم لا يمكن رؤية فتحة الحالبين مع رقبة المثانة فى وقت واحد فاذا رؤيا كذلك كان دليلا على تضخم البروستاتا وذلك كما سبق شرحناه من أن فى هذه الحالة يدفع التضخم فتحة

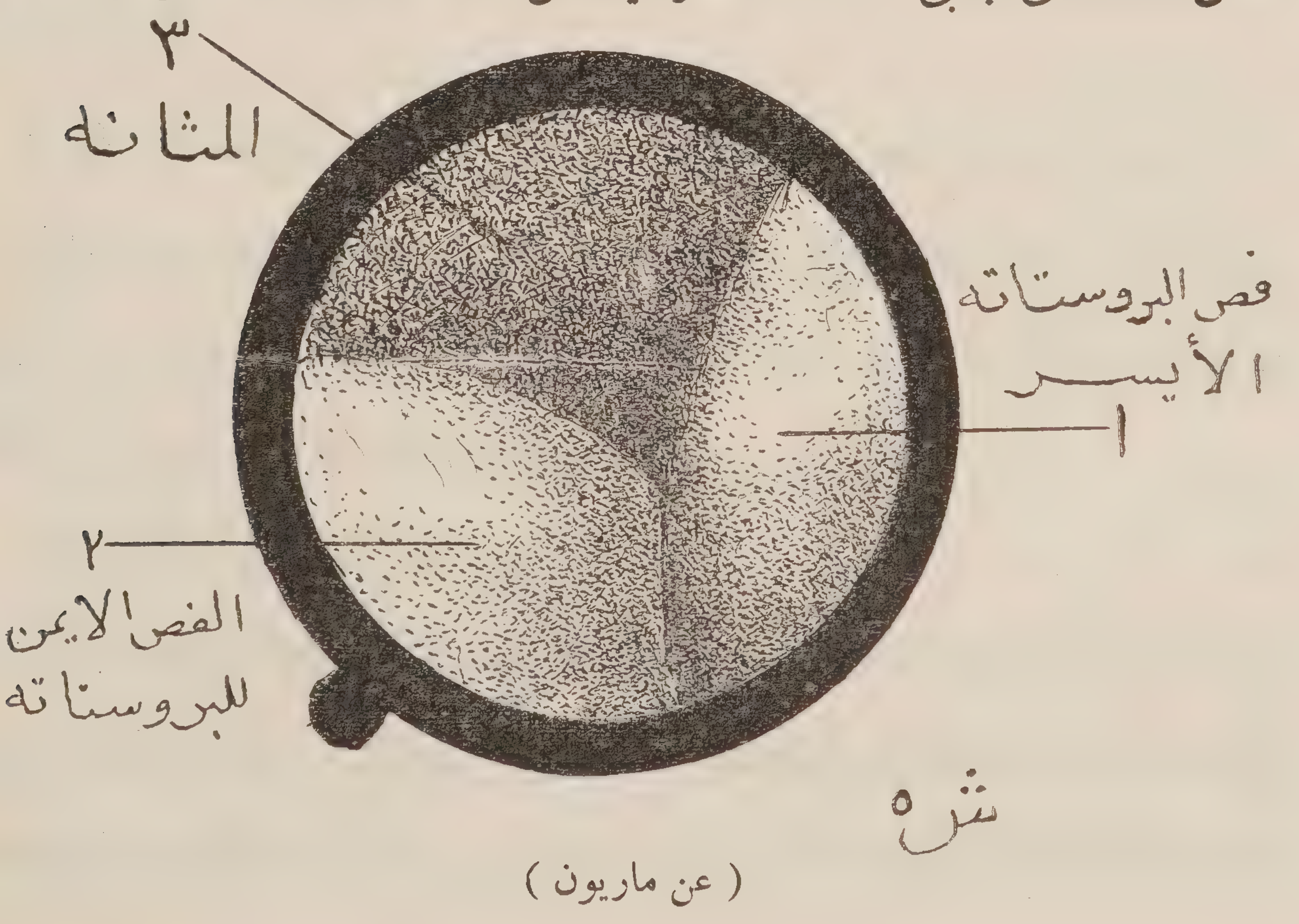
مجرى البول فى المثانة إلى الجهة الخلفية فترى مع فتحتى الحالبين فى وقت واحد وهذه نقطة مهمة فى التشخيص التميزى (أنظر شكل ٤)



شكل ٤

(عن ماريون)

وقد نجد ان فتحتى الحالبين مختفيتين خلف تضخم كبير للبروستاتا داخل المثانة فاذا كان للبروستاتا فص متوسط يُرى بالمنظار كما فى الشكل نمرة ٣ وإذا لم يوجد هذا الفص ترى فصى جانبى البروستاتا منفرجين عن بعضهما كما فى (الشكل نمرة ٥)



شكل ٥

(عن ماريون)

أما الغشاء المخاطى للمثانة فاذا وجد به تقرحات كان ذلك من دواعى الشك فى ان التضخم البروستاتى ليس من النوع الحميد فاذا ظهر الغشاء المخاطى وقد غزاه الورم البروستاتى فهذا أيضاً دليل على أن الورم خبيث و بغير وجود التقرحات أو غزو الغشاء المخاطى بالورم لا يمكن التمييز بالمنظار المثانى بين التضخم نتيجة ورم خبيث وبين التضخم الحميد

بقى ان نقول انه إذا كانت هناك اعراض تدل على وجود تضخم بالبروستاتا ولكن الفحص بالمنظار المثانى لم يثبت وجود ذلك التضخم يجب فى هذه الحالات ان يفحص الجزء الخلفى لمجرى البول بالمنظار الخاص لذلك إذ ربما يكون هناك ورم غددى ناشىء من النسيج البروستاتى المجاور

التشخيص التميزى

(١) السرطان

ينبغى تمييز تضخم البروستاتا من الحالات المرضية الآتية — :

سن المريض : فاذا كان التاريخ المرضى قصيرا فى مريض متقدم فى السن ترجح الورم الخبيث

كثرة البول بالليل : تكون عادة غير موجودة فى حالات الأورام ولكنها علامة لا ينبغى الركون اليها وحدها

جس البروستاتا من الشرج : فى حالة السرطان يظهر وجود نوايا صلبة فى جسم البروستاتا كذلك تنعدم الحفرة فوق البروستاتا السابق ذكرها وتكون الغدة مثبتة فيما حواليها من الأنسجة من حصول الورم الخبيث بها وقد يظهر المنظار المثانى تقرحات بالغشاء المخاطى للمثانة او اصابته بالورم السرطانى

(٢) حصوات المثانة

فى هذه الحالة تكون كثرة التبول بالنهار لا بالليل و يسبق اعراض المثانة تاريخ مغص كلوى قديم وقد يعترى المريض احيانا انقطاع البول فجأة اثناء التبول ويزول

هذا الانقطاع اذا استلقى المريض على ظهره ويمكن طبعا جس الحصوة بالمجس المثانى ورؤيتها بالمنظار

(٣) أورام المثانة

هنا يساعد التاريخ المرضى كثيرا على تعيين المرض فمثلا حصول نزف كبير من المثانة بدون مهيج معلوم لايحصل الا نادرا جدا فى حالة تضخم البروستاتا ولكنه كثير الحصول فى أورام المثانة هذا ولا يكون هناك كثرة فى عدد مرات التبول بالليل خاصة كما هو الغالب فى تضخم البروستاتا

وإذا جمع البول فقد يمكن مشاهدة قطع صغيرة من انسجة الورم عائمة به ويلاحظ أن حجم المثانة أى ما يمكن أن تسعه من سائل يكون أقل من الطبيعى أما فى حالة تضخم البروستاتا فيكون بالعكس من ذلك حيث تتمدد المثانة

وبالجس من الشرج تكون البروستاتا فى حجمها الطبيعى وبالمنظار المثانى يمكن على وجه التحقيق معرفة وجود الورم بالمثانة إلا فى الحالات التى يكون فيها فراغ المثانة قد تضاءل حتى صار يصعب أدخال المنظار ففى هذه الحالات تملأ المثانة برمور الصوديوم وتؤخذ صورتها باشعة اكس فيظهر على اللوح السلبى ظل خفيف للورم نفسه ويتميز بذلك حجمه وموضعه

(٤) مرض اختلال الحركة (Locamotor Ataxia) وغيره من الأمراض العصبية قد يصحبها أعراض تشبه إلى حدما أعراض تضخم البروستاتا على أنه لا يصعب فى أغلب الأحيان التميز بينها على وجه التحقيق باستظهار العلامات الأخرى المميزة للمرض العصبى من جهة وباستعمال المنظار المثانى من جهة أخرى

(٥) ضيق مجرى البول Stricture

وتتميز هذه الحالات بان البول ولو أنه يندفع بمجرى رفيع ولكن بالقوة العادية وأن المريض يكون غالباً فى سن أصغر من الذى يكثر فيه حصول التضخم

فى البروستاتا وتتميز هذه الحالات نهائيـاً بادخال المجس فى مجرى البول فيشعر الطبيب بوجود الضيق

(٦) التهاب البروستاتا المزمن الذى يصحبه غالباً انقباض العضلة العاصرة الفتحة المثانة فى هذه الحالات يتبقى فى المثانة كمية من البول بعد التبول كما يحصل فى حالة التضخم ولـكن ليس بالمقدار الذى يحصل فى هـذه وبالجس والمنظار ترى البروستاتا غير متضخمة بل قد تكون ضامرة

العلاج

العلاج المسكن والغرض الاولى منه هو توقى حصول الاحتقانات بالمثانة ومجرى البول فينبغى للمريض أن يحتاط من البرد والامساك ويتعاطى الملينات الخفيفة كل صباح مثل الاجارول Agarol وسائل البرافـين Liquin Parafin أو المزيج الابيض المعلوم أو حبوب الـكسكره وفى حالة عدم ظهور مفعول للملينات تعمل الحقن الشرجية الـكبيرة بمحلول ملح ساخن ويجتنب على العموم المسهلات القوية

أما الغذاء فيجب التضييق فيه الى حد ما فتمنع البهارات والاصناف المالحة كذلك اللحم يمتنع عنه الا القليل ويكثر من أكل الفاكهة والخضراوات بشرط أن لا تملأ المعدة كثيراً فى المساء ويمنع كذلك عن تعاطى المشروبات الروحية بانواعها ويقلل من القهوة والشاى

وتعطى الادوية اللازمة لجعل البول Neutral فتعطى القلويات مثلا اذا كان حمضيا والاملاح الحامضة مثل فسفات الصودا الحمضى اذا كان البول قلويا ولا يخفى أن البول الحمضى يهيج المثانة المحتقنة والبول القلوى يشجع نمو الميكروبات والتخمر ويمكن الاستعاضة عن الادوية بان يشرب المريض كميات كبيرة من الماء العادى أو ماء الشعير أو الشراب الامبراطورى على أن لا يغالى فى ذلك حتى لا يدر البول ادراراً كبيراً جداً مقلقاً لراحة المريض وخصوصاً أثناء الليل

ومن أهم ما يلاحظ أن يمتنع المريض عن الجماع فان هذا مما يزيد احتقان البروستاتا والمثانة ولا يخفى أن احتقان البروستاتا هذا من نفسه قد يحدث عند المريض ميلا شديداً الى الجماع قد يصعب على المريض التغلب عليه الا اذا أفهمه الطبيب الضرر البليغ الذى قد يعود عليه من ذلك

كذلك ينبغى للمريض التريض قليلا مشياً فى الهواء الطلق يومياً فان الاستلقاء فى الفراش لمدد طويلة مما يزيد فى احتقان المثانة وغيرها

أما الادوية التى تعطى فى حالات تضخم البروستاتا خلاف ما سبق ذكره فاحسنها ما أشار باستعماله الاستاذ فراير وهو الارجوت بشكل الخلاصة السائلة Liq. Extract Ergot ويقال أنه بذلك يقل احتقان المثانة والبروستاتا وتقوى عضلات المثانة

العلاج بتوسيع مجرى البول

اذا رؤى المريض فى مبدأ المرض يشير الاستاذ فراير يعمل توسيع مجرى البول داخل البروستاتا باستعمال المجسات المتدرجة فى الحجم فيبدأ بالمجس نمرة ١٢ (قياس انجليزى) ويتدرج الى نمرة ١٦ والنتيجة التى يرمى اليها هى ضمور جزء البروستاتا الملاصق لمجرى البول من ضغط المجسات فيبقى متسعاً الاتساع اللازم

وينبغى الاحتياط التام فى النظافة والتعقيم فى هذه العملية فيغسل مجرى البول جيداً وتعقم المجسات تعقيما تاماً وتمرر بلطف وانتباه وبذلك يتحاشى بقدر الامكان احداث ضرر أو التهاب بالمجرى أو بالمثانة على أن هذه الاحتياطات لاتقى وقاية تامة من حدوث المضاعفات المذكورة أو التهاب المثانة والمجرى وعلى ذلك فينبغى ان لاتستعمل هذه الطريقة فى العلاج الا فى الحالات الغير متقدمة والتى يمكن للطبيب ملاحظتها بالعناية اللازمة

وقد يحصل أن ينحبس البول وغالباً يكون الانحباس حادا وتاما وينبغى

فى هذه الحالة أن لا يتسرع الطبيب فى استعمال القسطرة لما يصحب ذلك من احتمال حصول الضرر فيشير أولا بالكمادات الساخنة فوق العانة وحقنة شرجية كبيرة بالماء الساخن وحقنة تحت الجلد بالهيوسن الخ فاذا أستنفد الطبيب كل هذه الطرق بلا جدوى كان لا مناص حينئذ من استعمال القسطرة مع الاحتياط والتعقيم التامين وأحسن أنواع القساطر لمثل هذه الحالات هى القساطر المعدنية المنحنية أو Coudè, Bicoudé وينبغى أن لا تفرغ البول بسرعة دفعة واحدة بل بالتدريج حتى لا يحصل نزيف من غشاء المثانة وقد يحصل النزيف فى مثل هذه الاحوال من الكلى نفسها وقد ينشأ عنه انحباس البول والوفاة وهذه مسألة يجب العناية بها كل العناية والضرر الذى ينشأ من اهمالها ليس بعيد الاحتمال والواجب فى الحالات التى تكون فيها المثانة قد تمددت كثيراً أن يثبت فى نهاية القسطرة المرنة ضاغط يمنع نزول البول منها الا نقطة نقطة وقد يستدعى أفراغ المثانة فى مثل هذه الحالات أن يلازم المريض الفراش وتبقى القسطرة مثبتة بالطريقة السابقة بضع أيام

أما الطريقة المتبعة فى بعض الاحايين وهى طريقة تمرير القساطر بانتظام مرة أو اكثر من مرة فى اليوم فينبغى اجتنابها وعدم الاشارة باتباعها مطلقاً والواجب أن يشرح للمريض خطرها على حياته ولا يركن الى هذه الطريقة الا اذا أبى المريض بتاتا ورغم كل شرح ونصح أن يعمل العملية اللازمة وينصح الاستاذ فراير باستعمال القسطرة فى مثل هذه الحالات أى عندما لا يكون هناك مناص من استعمالها بالطريقة الآتية :

اذا كان مقدار مايتبقى من البول فى المثانة بعد التبول حول ٦٠ الى ١٢٠ جراما تمرر القسطرة مرة فى اليوم عند النوم مساء

اذا كان المقدار المذكور سابقاً حول ١٥٠ الى ٢٠٠ تمرر القسطرة مرتين يوميا

« « « « فوق ٢٥٠ جرام تمرر القسطرة ثلاث مرات

يوميا وينبغى غسل مجرى البول جيداً قبل ان تمرر القسطرة فى كل دفعة ويكون الغسيل بمحلول معقم مثل البروترجول ١/٢٠٠٠ أو سيانور الزئبق ١/٦٠٠٠ ويجتنب استعمال برمنجنات البوتاسا حتى فى المحاليل الضعيفة جداً فانها تحدث جفافاً فى الغشاء المخاطى قد يصعب معه ادخال القسطرة كذلك تعطى مطهرات البول مثل البيوتروبين لتتحاشى الى حد ما عدوى المثانة وحمى القسطرة واكرر هنا القول بان تمرير القسطرة يجب أن يعمل بمعرفة الطبيب نفسه فى كل دفعة ولا يترك للمريض بأى حال من الاحوال

العلاج باشعة اكس والراديوم

امكن علاج بعض حالات تضخم البروستاتا علاجاً شافياً بالأشعة المنبعثة من الراديوم بادخاله فى مجرى البول أو من الشرج ولكن لم يثبت بعد مقدار التعريض اللازم بهذه الأشعة ولانوع التضخم الذى يشفى منها أما أشعة اكس فلم يثبت عنها شىء بعد فى شفاء البروستاتا المتضخمة

العلاج بالعملية الجراحيـة

قد يمكن بالعلاج الملطف السابق وصفه ان يتحمل المريض بتضخم البروستاتا حالته المرضيه إلى حد ما وتحتم العملية الجراحية فى الحالات الآتية :

(١) إذا تقدم المرض أى أزداد التضخم رغم العلاج الملطف

(٢) إذا لم يمكن ملاحظة المريض ملاحظة فنية من آن لآخر لفقر المريض مثلا أو بعده عن مقر الطبيب الخ

(٣) إذا ظهرت علامات عدوى المثانة

(٤) إذا كان تمرير القسطرة يحدث تهيجا فى الغشـاء المخاطى لمجرى البول أو يحدث نزفاً منه

(٥) إذا كان تمرير القسطره رغم كل الأحتياطات اللازمة ينشأ عنه اعراض عدوى مجرى البول أو المثانة مثل حمى القسطرة

(٦) إذا دل بحث وظيفة الكلى على ضعف مقدرتها الفسيولوجية

(٧) إذا كان هناك شك فى نوع التضخم

(٨) إذا وجد بالجس حصوة بالمثانة

(٩) إذا حصل أنحباس حاد وتام ولم تنجح الطرق المذكورة سابقاً فى تلطيفه

(١٠) إذا كان تمرير القسطرة يحدث نزفاً شديدا داخل المثانة

(١١) إذا كان المريض مصاباً بامراض أخرى فى مجرى البول كالزنقة والحصى والناسور البولى الخ مما يمنع استعمال العلاج الملطف

فى الحالات السابقة حينئذ ينبغى نصح المريض بعمل عملية جراحية باحدى الطرق الآتى ذكرها

(١) بزل المثانة فوق العانة

ويوصى بعمل ذلك فى حالات الأنحباس الحاد للبول إذا لم يمكن تفريغ المثانة بالطرق الأخرى وينبغى أن يسبق تمرير الآلة البازلة حقن الموضع بمحلول النوفاكين (Novocaine).

هذا البزل لا يخلو من خطر ولو أن المعلوم ان انتفاخ المثانة يباعد الغشاء البريتونى عن موضع البزل ولكن قد لا يحصل ذلك لوجود التصاقات وعلى كل حال ينبغى أن يوضع المريض فى وضع ترند لنبرج (Trendlenburg) وان لا تسحب ال Canula حتى تمر آخر قطرة من البول

فاذا كانت المثانة منتفخة جداً حتى يحتمل أن تكون الكلى قد تأثرت من ازدياد الضغط فينشأ فيها نزيف إذا أفرغت المثانة بسرعة. فى هذه الحالات ينبغى استعمال Canula رفيعة أو عمل الشق فوق العانة كما سيأتى بعد

(٢) الشق فوق العانة

عملية الشق فوق العانة أفضل بكثير من كل الوجوه عن البزل السابق وصفه ويحسن أن ينصح بها كلما أمكن فلا يكون البزل الا فى حالات الأسعاف المؤقت كأن يتعذر لسبب ما عمل الشق فوق العانة

على أن الشق فوق العانة محتم فى الحالات التى تكون فيها وظيفة الكلى قد اختلت أو كادت فيتعذر حينئذ عمل العملية الجراحية الكبرى (استئصال البروستاتا)

وهنا يحسن أن نذكر باختصار بعض الطرق المتبعة لفحص وظيفة الكلى فى حالات تضخم البروستاتا

(١) فحص البول — كميته فى ٢٤ ساعة ـ الثقل النوعى ـ النسبة المئوية للبولينا وكمية ما يفرز منها فى اليوم ـ وجود اسطوانات خصوصاً الأسطوانات المخاطية (Epithelial Casts)

(٢) بحث كمية البولينا فى الدم والمعلوم أن كميته فى الدم تتراوح بين ٢٥ و٥٠ م جم فى كل ١٠٠ سنتيمتر مكعب

(٣) اختبار ما كلين (Meclean) لقوة تركيز البولينا فى الدم ويعمل كالآتى:

يعطى المريض بعد أن يُفرغ المثانة وبدون غذاء مقدار ١٥ جرام من البولينا فى نصف كباية ماء محلى ثم يطلب منه أن يبول كل ساعة فى اناء مختلف لمدة ثلاث ساعات ويكشف عن كمية البولينا فى كل اناء منها

ويمكن من عمل الأبحاث السابقة معرفة مقدرة الكلى على تأدية وظيفتها لتقرير البت فى عمل العملية الجراحية الكبرى

ويتحتم عمل الشق فوق العانة كخطوة أولى تسبق عملية الاستئصال فى الحالات الآتية :

(١) إذا كانت كمية البولينا فى الدم اكثر من ٦٠ م جرام فى المائة

(٢) إذا كان اختبار ماكلين السابق ذكره أورى أن تركيز البولينا فى بول الساعة الثانية (بعد اعطاء البولينا من الفم كما سبق ذكره) أقل من ١٫٩ فى المائة

(٣) إذا كان فحص البول قد أظهر ان نسبة البولينا المفرزة قليلة جداً أو أن بها قوالب من الكلى (Renol Casts)

(٤) إذا كانت الحالة العمومية للمريض رديئة حتى أنه لا يتحمل العملية الكبرى دفعة واحدة

(٥) إذا كان المريض مصاباً باحد الأمراض المنهكة مثل السل الرئوى البول السكرى الخ

(٦) فى حالات التهاب المثانة المتقدم

(٧) إذا تعذر على الطبيب عمل العملية الكبرى دفعة واحدة كأن يكون المكان غير ملائم الخ

(٨) إذا كان هناك نزيف شديد من المثانة كى يعالج أولا

(٩) كعلاج ملطف مؤقت لحالات الأنحباس الحاد التام إذا لم تنفع الطرق الأخرى لتفريغ المثانة

عملية الشق فوق العانة

تغسل المثانة جيداً بمحلول البوريك وتملأ به ويحقن تحت موضع العملية بالمحلول المجدر مثل النوفوكاين Noyocaine ثم يقطع الجلد بطول بوصتين على بعد بوصة من العظم النردى وفى الخط المنصف للجسم ثم يعمق القطع وتفصل عضلتى البطن المستقيمتين عن بعضهما ويكشف البريتون فى قاع الجرح ويسهل ذلك بوضع المريض فى وضع ترندلنبرج Trendlenbarg ويزاح البريتون الى أعلى وتكشف المثانة نفسها ثم تحقن هذه فى قاع الجرح بطول سنتيمتر واحد بالمحلول

المخدر ثم يعمل قطع صغير فى حائط المثانة ويفرغ السائل منها وتترك قسطرة مرنة وتثبت القسطرة بغرزة فى الجلد بعدأن تخاط الاغشية حولها

هذه العملية يمكن أجراؤها بالطريقة السابقة فى جميع حالات تضخم المثانة مهما كانت حالة المريض متقدمة وأرى انها هى العملية الواجب اجراؤها فى الحالات التى يرى وجوب فتح المثانة فيها إلا فى الحالات المصحو بة بوجود حصوة فى المثانة او نزيف كبير فيها ففى هذه الحالات تقطع جدار المثانة قطعاً اكبر وتستخرج الحصوة ثم تخاط ثانياً حول انبو بة درنغة مثبتة كما سبق ذلك وينبغى أن يلازم المريض الفراش حتى يرفع الخيط وأن توصل نهاية القسطرة بانبو بة طويلة من الكاوتشوك تبزل طرفها فى أناء يوضع بجوار سرير المريض لتلقى البول ويعطى للمريض باستمرار مطهرات البول مع المدرات

وأذا كانت العملية قد أجريت فى حالات الانحباس الحاد وكانت المثانة منتفخة كثيراً فانه يحسن أن يضغط على فتحة القسطرة كى لا تسع نزول البول بكمية كبيرة توقيا من حصول نزيف بالمثانة أو الكلى كما سبق التنويه الى ذلك

هذا ويرفع الخيط كالعادة فى اليوم السابع ويصرح للمريض بالمشى قليلا طبعاً مع سد فتحة القسطرة بمشبك ضاغط على أن يرفع المريض المشبك كل ساعتين أو ثلاثة لافراغ المثانة

وعلى الجراح أن يفحص الجرح والقسطرة المثبتة فى المثانة مرة كل أسبوع على الاقل وتغير القسطرة من آن لآخر اتقاء رسوب أملاح الفوسفات عليها داخل المثانة

وتغسل المثانة بمحلول معقم خفيف قبل اعادة وضع القسطرة ويجب أن تغسل مرة فى اليوم على الاقل أيضا اذا كانت هناك نزلة مثانية على طريقة جانت Jamct ويحسن فى مثل هذه الحالة أن يبقى المريض تحت أشراف الطبيب حتى تزول النزلة

ولا يغرب عن البال أن عملية القطع المثانى فوق العانةوغيرها مما سبق شرحه ما هى الاخطوة أولى أوعلاج ملطف حتى يمكن اجراء العملية الشافية وهى استئصال البروستاتا وعلى ذلك يجب فحص وظيفة الكلى من آن لآخر بالطرق السابق شرحها مثلا مرة فى كل اسبوعين أو ثلاثة حتى تصل الى درجة من التحسن يمكن منها اجراء العملية الكبرى اذ ليس من الحكمة فى شىء تحديد مدة ما تعمل فيها تلك العملية بعد عملية الشق فوق العانة بل ينبغى أن يكون رائدنا هو التحسين الذى يحصل فى وظيفة الكلى

فقد أورت التجارب أن هناك خطراً على حياة المريض من اجراء العملية قبل أن يثبت من فحص وظيفة الكلى بطريقة ما كاين أن تركيز البولينا فى بول الساعة الثانية اكثر من ١ر٩ فى المائة وبهذا الاحتياط يمكن فى أغلب الحالات أن نصل الى نتيجة حسنة

فاذا ظهر أن التحسن فى وظيفة الكلى لم يصل بها الى الدرجة المرغوبة بعد مضى تسعة أشهر فان الاستاذ (تتش) ينصح بوضع انبوبة من الفضة فى القطع المثانى توصل بجهاز من المباول المرنة التى يحملها المريض كجهاز أرفنج lrving

استئصال البرستاتا

يمكن استئصال البرستاتا فى كل الاحوال بطريق الشق فوق العانة الا اذا كانت جامدة ومتليفة ففى هذه الحالة يفضل طريق شق العجان حيث الوصول اليها أسهل مما لو كانت بالشق فوق العانة

عملية الاستئصال بالشق فوق العانة

(١) تدخل قسطرة فى المثانة ثم تفرغ وتغسل وتملأ ثانيا بمقدار ٣٠٠ جراماً من محلول البوريك وتترك القسطرة

(٢) يقف الجراح على يسار المريض و يعمل شقا عموديا فى الوسط طوله ٨-١٠ سنتيمترات مبتدئاً بمسافة قليلة أعلا العانة - يعمق الشق - تفرق العضلتين المستقيمتين يرفع البريتون والدهن الى أعلا . فتظهر المثانة ووجود الشبكة الوريدية واللون اللؤلؤى دليل على أن النسيج المعرض هو المثانة

(٣) تدخل فتلة كاتجى فى جهة المثانة على بعد نصف سنتيمتر من خط الوسط بأبرة منحنية ومدورة و تمسك كل فتلة بجفت شريانى و تستعمل كمبعد ثم تشد المثانة بلطف الى الجرح و تفتح بعمل شق فى وسطها طوله ٤ سنتيمترات بعد ان تفرغ بواسطة قسطرة و يدخل الجراح سبابته أو السبابة والوسط فيها ويفحص البرستاتا كما يفحص داخلها واذا وجد حصوة يزيلها بجفت الحصوات .

(٤) يرفع أصابع اليد اليمنى و يدخل السبابة اليسرى فى المثانة و يوضع على أعلا جزء ناتىء فى البرستاتا خلف القسطرة ثم بواسطة اليد اليمنى ومقص غير مدبب مسترشدا بالسبابة اليسرى يعمل قطعاً فى الغشاء المخاطى و يرفع المقص والسبابه اليسرى ثم يدخل السبابه اليمنى حتى يصل الشق و يفصل البرستاتا من الانسجة المجاورة . لا يجد الجراح أى صعوبة فى عمله هذا حتى يصل الى القناة البولية البرستاتية فلا

يقدر على فصلها وعليه ينزع القناة مع البرستاتا . أما اذا حصلت صعوبة فعليه أن يكون حذرا ولا يستعمل القوة بل يتلطف فى فصلها وقل أن تحدث هذه الصعوبة فى تضخم عادى. وانه ولا بد وأن يكون الجراح يعالج حالة متليفة أو خبيثة أو أن يكون ضل الطريق السوى وهنا يجتهد أن ينقذ المركز بالاهتداء اليه .

يمنع الفحص الدقيق السابق الجراح من الوقوع فى شرك حالات التليف أو الحالات الخبيثة . ومن رأيى أنه اذا وجد نفسه وقع فى هذا المركز الحرج أن لا يكمل العملية بل يكتفى بعمل درنغة المثانة خوفا من أن يمزق المثانة خصوصا لو كانت مركزا العدوى سابقة أو يفتح النسج الخلوى فى الحوض فيضر الشرج وفى كلتى الحالتين تكون النتيجة سيئة .

يمكن استئصال البرستاتا الخبيثة فقط فى المبدأ بالطريقة المتبعة فى التضخم العادى ولا يظهر خباثتها الا الفحص بعد العملية أما اذا كانت الخباثة ظاهرة فالاستئصال غير ممكن ولا يوجد أضر من استعمال الجزارة الجراحية فى أى شىء آخر منها مثل هاته الحالة . والأولى ترك المريض بدلا من قتله

يمكن استئصال البرستاتا كلها فى جلسة واحـدة اما اذا كان التضخم كبيراً فيستأصل فص بعد الآخر . وادخال الاصبع الايسر فى الشرج ليدفع البرستاتا الى الامام ليعمل العملية. غيرأنه يجب الحذر من عدم تلويث الجرح و بعد الاستئصال حيث يمكن تغيير القفازات. يلبس (سويفت) قفازين فى اليد اليسرى و بعد اخراج أصبعه من الشرج ينزع القفاز الملوث . واذا أراد جراح أن يحذو حذوه فعليه ملاحظة عدم حدوث أى قطع أو خرق فى القفاز الاول وانه نظيف . فأن اتمام العملية بدون قفاز لا يعتبر من باب الجراحة فى شىء . تغسل المثانة ومهد البرستاتا — بواسطة قسطره) بتيار من محلول البوريك الساخن وتزال منهما الجلط الدموية وفى بعض الحالات لا يكون النزف شديدا فيتم الجراحون العملية بوضع أنبوبة درنغة واسعة

من عيار كبير ويقفلون جرح المثانة حولها بغرزة أو اثنتين من الكاتجى ثم يضعون انبوبة درنغة من الكاوتشوك فى الانسجة التى حول المثانة ويقفلون جدر البطن حول الانبوبتين مراعين فى ذلك ضم حوافى وغلاف العضلة المستقيمة Rectus ثم تخرج القسطرة وينقل المريض للسرير

يحشو بعض الجراحين التجويف البرستاتى بالشاش المنقوع فى مادة مطهرة تبعا للرشح الدموى الذى يحصل فيه . ويضع (جوللى) شاشا معقما مع فازلين وينقع الشاش قبل استعماله مدة نصف ساعة فى محلول اكرفلافين ١ فى الالف وفائدة الفازلين منع حدوث التصاق بالجرح حتى لا يتسبب عنه اعادة الرشح الدموى عند رفع الغيار . ثم يمرر طرف الشاش فى الجرح بجانب انبوبة الدرنغة . واجرى فرايز فى سنة ١٩٠١ هذه العملية باختلاف بسيط عما سبق ذكره ونقحها حديثا السر تومسون ووكر كما يأتى :

(١) يعمل شق من العانة لقرب السرة — تبعد العضلتان المستقيمتان — تفتح المثانة — بعد ازاحة ثنية البريتون واستخدام المبعدات الثانية الخاصة واستعمال النور الرأسى Head light يظهر جليا داخلية المثانة . وبهذه الطريقة يتمكن بالنظر من فحص (١) التجويف (٢) تضخم البرستاتا — وبعد ان يقتنع بوجوب العملية يخرج المبعدات ويمرر يده اليمنى فى الشق ثم يدخل فى المثانة أصبعا او اثنين وبعد ان يشق الغشاء المخاطى كما ذكر سابقا يبدأ فى استئصال البرستاتا بدون احتياج الى وضع اصبع فى الشرج وبعد الاستئصال يعاد المبعدان للمثانة ويفحص التجويف البرستاتى بالعين وتزال كل البقايا من اغشية مخاطية وحبيبات برستاتية ثم تربط النقط الدامية بعد مسكها بجفوت شريانية طويلة خاصة ثم يعمل غرزة من الكاتجى حول الغشاء المخاطى الدامى وبهذه الطريقة لا يبقى رشح يؤبه له . ثم يتبع فى بقية العملية الخطوات التى استعملت فى الوصف السابق غير انه بطبيعة الحال لا يستعمل حشو التجويف البرستاتى

عند ما تكون عمليــة الاستئصال ثانوية فبعد ان يعقم الجلد (وفى بعض الاحيان يفصل قطع الجرح الجلدى) يوسع الشق الى اسفل بمقدار بوصة — يشق النسيج السطحى والعميق بالترتيب بدون التفات الى البريتون اذ فى هذه الحالة يكون ملتصقا بغلاف العضلة المستقيمة والجرح الناتج يكفى لأدخال السبابة اليمنى بينما تكون السبابة اليسرى فى الشرج وتتمم العملية كما ذكر سابقا

يعدل السير تومسون ووكر العملية كالآتى

(١) يقطع اثر الالتحامات (٢) يفصل المثانة من جدر البطن (٣) يوسع الشق الى قرب السرة و يعمل العملية كالتى تعمل فى جلسة واحدة .

العلاج بعد العملية

يوضع المريض فى السرير (نصف رقدة)

توصل انبوبة الدرنغة بانبوبة زجاجية وهذه تتصل بانبوبة كاوتشوك تصل الى اناء فيه محلول خفيف من الفورمالين

يعالج المريض من الصدمة كما تعالج الصدمات فى العمليات الجراحية الـكبرى ثم يعطى اليرتروبين وسلفات الصودا الحمضية وكثيرا من ماء الشعير وسوائل بطريق الشرج كمحلول ملحى ٢٥٠ سنتى متراً مكعباً كل اربع ساعات أو ٢٥٠ س. م. من الجلوكوز بنسبة ٥ — ١٠ ٪ نقطة نقطة .

اذا سارت العملية سيرا حسناً يرفع الحشو فى اليوم الرابع و تغسل المثانة من انبوبة الدرنغة يوميا بمحلول اكسسيانور الزئبق ١ فى الاربعة آلاف اما اذا كان التجويف غير محشو فيجب غسل المثانة ثانى يوم للعملية .

ترفع الخياطة سابع يوم وتبدل انبوبة الدرنغة باخرى أصغر منها و يوضع حولها شاش معقم ثم ينفذ فيها دبوس انكليزى حتى لاتنزلق فى المثانة

فى اليوم العاشر يبدأ المريض ان يتبول من القناة البولية فاذا حصل ذلك يحسن رفع الانبوبة و يشجع على المشى حتى يأخذ البول مجراه الطبيعى . ولهذا الغرض أيضا يجوز ادخال قسطرة فى المثانة مرة كل يوم من اليوم العاشر . اما قبل هذا التاريخ فهذا العمل يحدث تهيجا فى سطح التجويف البرستاتى فيبدأ النزف منها. كما انه يحدث لواستعملت طريقة جانيت Jannet (كما ينصح بعض الجراحين) فى غسل المثانة فى الأسبوع الأول.

بعد ان ترفع انبوبة الدرنغة يغطى الجلد حول الجرح بطبقة من مرهم زنك أو بوريك وفى المرضى المثريين يمكن استعمال آلة هاملتن أرفنج وهذه ترفع يوميا ثم يعمل الغيار اللازم وتعاد بعد ان تنظف جيدا .

يلتحم الجرح فى الاسبوع الثالث أو الرابع بعد العملية ويحدث احيانا عقب ادخال القسطرة للمرة الأولى ارتفاع فى الحرارة غير انها لا تمكث الايوم أو اثنين ويحسن اعطاء المريض مسهلا أما اذا استمرت فيلازم السرير حتى تعود الى الحد الطبيعى

ما الذى يحدث للتجويف البرستاتى أثناء النقاهة

بعد عملية الاستئصال يحدث ان يتكون مجلس البرستاتا من محفظة البرستاتا أو من محفظة مرضية مكونة من الانسجة العضلية الغددية الضامرة للبرستاتا القديمة (أنظر شكل ٧)

وبفضل هذه الانسجة العضلية ينقبض التجويف و يقل حجمه ويمتد غشاء المثانة المخاطى تجاه العانة pubis وأخيرا يتحد بغشاء القناة البولية .فى بعض الاحيان تعود وظيفة العضلة المثانية القابضة الى حالتها الطبيعية غير أنها فى الغالب تفقد مفعولها أبداً وتكون العضلة المثانية الضاغطة هى العضلة الوحيدة القابضة فى كل الجهاز البولى السفلى

فى عملية الاستئصال تمزق القناة الطاردة ويحصل تليف فى تجويفها وفى أحوال نادرة جدا تترك القناة حتى الحويصلة

مضاعفات العملية المباشرة

(١) الصدمة ــ تحدث هذه بعد العملية .وهى محتملة الوقوع عندما نراعى سن المريض وحالة المرض بالغدة البرستاتية غير ان نسبة الوفاة فيها قليلة :

العلاج ــ تغطية المريض جيدا أثناء العملية ــ حفظ درجة حرارة غرفة العمليات على ٣٨ سنتيجراد ــ يفضل فى التخدير (استعمال الاستوفاين أو التخدير الموضعى لو أمكن). الايدى السريعة الشفوقة التى تتناول الانسجة دون أن تحدث فيها تمزيقا أو احتقانا . وعند ما ينقل المريض لسريره يحافظ على تدفئته وهدوئه ويعطى حقنة شرجية ملحيـة ٢٥٠٠ر٠ س م^{٣} مضافا اليها ١٠ س م^{٣} كل ست ساعات فتقلل الظمأ وتحفظ الضغط الدموى بدون اجهاد للقلب

اما اذا كانت الصدمة قوية فيعطى حقنا فى الوريد ٧٥٠ س م^{٣} من محلول ملحى ولو استمرت رغم ذلك يعطى حقنا من الاردنالين والنخامين Puittrin ولا يعطى المورفين الا اذا كان هناك الم شديد مراعين فى ذلك حالة الـكلية ويفضل أن يعطى هايوسين $\frac{١}{١٠٠}$ قمحة

النزيف :ــ و بعض الاحيان يكون شديدا وقاتلا وهو أما ان يحدث عقب العملية ببضعة ساعات وأما أن يكون ثانويا وعلاجه احتياطى فيعطى المريض لينات أو كلورور الجير مدة يومين قبل العملية وأثناء ذلك تغسل المثانة بكمية كبيرة من ماء ساخن درجة ٤٦ سنتيجراد اذا لم يحش التجويف عقب الاستئصال مباشرة وهذا لايدعو نا الى الاطمئنان من عدم حدوث ترف وآمن من هذه الطريقة حشو التجويف كما ذكر سابقا ويجب أن يعمل الحشو باعتناء وأن يكون مدهونا بالفازلين ومشبعا بمطهر والا حدث منه نزف ثانوى عقب رفعه . و بعد أن يوضع المريض فى السرير تعطى له

حقنة جلدية من الجلاتين بمقدار ٣٠ س م ٣ وهذه يجوز تكرارها . وان لم يتحسن البول فيعطى له حقنة جلدية بمقدار ٤٠ — ١٠٠س م ٣ من مصل الحصان مراعين فى ذلك زيادة الحساسة Anaphylaxis

التسمم بالبولينا (يوريميا)

ان عمل العملية على دفعتين قلل من حدوث هذه المضاعفة كثيرا وليس لها علاج الا الوقاية فتراقب الكليتين بعد العملية بعمل فحص البول وجمعه يوميا ـ ٢٤ ساعة ـ ومعرفة كميته ومقارنتها على أيام متوالية فاذا كانت الحالة تسير سيرا حسنا فتزداد الكمية بدون نقص فى محتوياته خصوصا البولينا أما اذا حصل شك أو شبهة فتزاد كمية المحلول الملحى التى نعطيها للمريض ويجوز اعطاؤها حقنا تحت الجلد أو فى الوريد كما تعطى بالشرج ويجوز استبدال الحقنة الملحية الشرجية بمحلول الجلوكوز ٥ ٪ بمقدار ٢٥٠ س م ٣ كل ست ساعات وفى الحالات الشديدة يعطى ٥٠٠ س م ٣ من الجلوكوز ٥ ٪ حقنا تحت الجلد ولو أعطى فى الوريد كانت الفائدة أعظم غير انه يخشى من هذه الطريقة لعدم نقاوة الدواء اذ حدث من استعمالها نتائج غير سارة . ويمكن مساعدة الكلية بعمل كاسات هواء جافة على القطن

(١) العدوى الصديدية للمثانة ومنها للحوض والكليتين

هذا الارتباك فى الحقيقة ازدياد فى الالتهاب المثانى الموجود قبل العملية اتخذ شكل الالتهاب الكاوى الحالبى الصاعد وربما نشأ عنه انقطاع البول Suppression ويمكن تقليل حدوثه ب

(١) تحسين طرق العملية

(٢) اعطاء مواد مطهرة كاليتروبين وغيره قبل العملية

(٣) عمل عملية شق المثانة بطريق فوق العانة وغسلها مرارا

واعطاء المطهرات المريض بعد العملية يدفع غوائلها ولو حدثت فتغسل المثانة مرتين أو ثلاث يوميا وتزاد كمية المطهرات فى الاحوال العنيدة ويفيد السيلوتروبين لو أعطى حقنا فى الوريد كل ثانى يوم

التهاب البربخ Epidedimites

يحدث أن تمتد العدوى أحيانا للبربخ. ويظهر هذا الالتهاب فى آخر الاسبوع الثانى ومن الصعب جداً أن يحتاط له الجراح وقد حدا ذلك بمريون الى ربط القناة الناقلة فى كل عملياته قبل أن يعمل عملية الاستئصال وقد حذا حذوه كثير من الجراحين الاخصائين فى المجارى البولية

كثيرا ما يعقب هذا الالتهاب تقيح فى البربخين وهو أمر غير مرغوب فيه لأن الخراجات التى تحدث فيهما أو فى الخصية تحتاج لاسابيع كثيرة قبل أن يلتئم الجرح الذى عمل .

(٢) المضاعفات المتأخرة

ناسور بولى فوق العانة . يحدث ذلك من خطء فى طريقة العملية بأن يعمل شق المثانة واطئا جـدا وخلف عظمة العانة Vubie Bone فتلتصق حواف الجرح بالسمحاق فلا يلتئم الجرح والعلاج المانع لهاته الحالة هو عدم توطئة الشق وان لم يمكن ذلك يخاط باعتناء تام الجرح المثانى فى اسفله . وعلاجها هو فصل المثانة من العظام و بعد أن تقص أحرف الجرح يخاط

ان الغشاء المخاطى ـ الذى يعلق التجويف البرستاتى بدلا من أن يفرشه و ينمو لأسفل ليتقابل مع المجرى الغشائى ـ يعلو التجويف ويكون ستاراً يفصله من تجويف المثانة

عمل الحشو المحـكم للتجويف البرستاتى يمنع حدوث هـذا الارتباك . ويجتهد تومسون ووكر فى عملياته الحديثة تحاشيا من حدوثه أن يخيط الغشاء المخاطى ـ فى

موضعين أو ثلاثة ـ بالجزء العلوى من التجويف البرستاتى . أما اذا كان هناك قابلية لحدوث هذه المضاعفة فتمرر قسطرة من المجرى البولى فى المثانة وتثبت جيدا وتترك كذلك لمدة . واذا رأى الجراح المريض لأول مرة ووجد أن الستار الغشائى المخاطى تكون تماما فيقص الزائد منه بمقص منحن وجفت مثانى طويل .

عودة التضخم البرستاتى:

يحدث ذلك لسببين (١) يتحول التضخم الى ورم خبيث وفى هذه الحالة يترك المريض بناسور بولى فوق العانة مركب عليه مبوله من الكاوتشوك

(٢) يترك سهوا بعض الاورام الغدية البرستاتية أثناء العملية فتتضخم وتعوق الفتحة القريبة للمجرى البولى الغشائى. ولا تحتاج هذه الاعاقة الى حجم كبير . والعلاج استئصلها من طريق العانة أو حرقها بالدياترمى بواسطة المنظار المثانى للعمليات .

منح بعض الناس ميزة تكون الانسجة الليفية بكثرة وفائدتها فى الجروح ما عدا التجويف البرستاتى ـــ جلية اذ تساعد على الالتئام و يكون الشفاء فيهم أسرع فيمن حرموا هذه الميزة

أما فى التجويف البرستاتى فعلى النقيض لأنها تقفل الطرف الممزق من المجرى البولى القريب قبل أن يتقابل مع الغشاء المخاطى الآتى من عنق المثانة — العلاج — تمرر قسطرة وتثبت مدة لتحفظ فتحة المجرى البولى حتى يجد الغشاء المخاطى العلوى الوقت الكافى ليتحد مع الغشاء المخاطى السفلى . يحدث بعض الاحيان أن يكون التليف كثيرا فيحتاج الامر الى قصة من طريق العانة

تكون حصوات ثانوية : ـــ يجوز أن تتكون حصوة فى التجويف البرستاتى وتحدث انسداداً . العلاج ـــ اذا كانت صغيرة فيسد ناسور العانة موقتا وتزال بالقسطرة المفرغة والاحسن أن يوسع شق العانة وتخرج منه .

وهن المثانة (Atony)

يجوز أن يستمر ذلك بعد العملية فيخرج البول من جرح العانة بدلا من المجرى الطبيعى وذلك لسبب ضعف ضغط جدر المثانة

يحدث من أثره الالتحام لشق فوق العانة فتق وهذا نادر وينشأ من أمرين :—

(١) طول مدة الدرنقة (٢) السماح للمريض بالقيام مبكرا

العقم هو آخر المضاعفات الهامة التى تنشأ من هذه الطريقة وقد حلل ذلك السير تومسون ووكر فكانت النتيجة

(١) عدم تأثر الوظيفة الجنسية فى ٤٧٫٥ ٪

(٢) الميل والانتصاب طبيعى فى ٣٢٫٥ ٪ غير ان الافراز المنوى كان معدوما

(٣) ظهور ضعف فى الميل بعد العملية فى ٧٫٥ ٪ من الحالات التى كانت فيها الوظيفة الجنسية غير قائمة قبل العملية

(٤) لم يظهر أى تحسين بعد العملية فى ١٢٫٥ ٪ فى حالات كانت الوظيفة الجنسية فيها قبل العملية ضعيفة أو معدومة

عندما تكون الوظيفة جنسية طبيعية الا فى (الانزال) يتبقى المنى فى التجويف البرستاتى أو يتخذ طريقة الى المثانة ويخرج مع البول عند التبول — ولم ينشأ من هذه العملية عنه مطلقا

الاستئصال بطريق العجان

ذكر بروست تفصيلات هذه العملية ويندر أن تعمل الآن فى أوربا إلا فى أحوال البرستاتا المتليفة وقد أختار ينج فى امريكا هذه الطريقة فى كل عمليات الاستئصال وكانت النتائج على يديه جيدة

مضار العملية

(١) حصول ضيق فى المجرى البولى بنسبة عالية

(٢) حصول ناسور بولى شرجى

(٣) سلس البول Incontinuence of Urine بسبب احداث ضرر للعضلة العاصرة اثناء العملية

(٤) يحدث التهاب البربخ فى هذه العملية أكثر من عملية الشق فوق العانة . وفي حالة التضخم الكبير تكون العملية صعبة جدا فتترك اجزاء من البرستاتا

فوائد العملية

(١) حسب تجارب ينج تكون الفرصة للمريض أحسن لاستعادة الوظيفة الجنسية

(٢) الدرنقة فى هذه الطريقة احسن منها فى طريقة الشق فوق العانة

(٣) يمكن ربط أوعية البرستاتا فلا قيمة لنزف يحدث بعد العملية

(٤) فى أحوال البرستاتا المتليفة يكون الوصول اليها احسن بهذه الطريقة من طريقة الشق فوق العانة

طريقة العملية

يوضع المريض فى وضع الشق العجانى Lithotomy Position ويكون الحوض أعلى من الرأس . ثم يدخل مجس فى مجرى البول ويمسكه المساعد . ثم يشق شق منحن الى الامام على بعد بوصة ونصف بوصة من فتحة الشرج وممتد من حدبة الورك Ischial Tuberosity الى الأخرى فينكشف انتفاخ المجرى البول ويقطع العضرط المتوسط الذى يصل العضلة بالنقطة المركزية للعجان Central Point ثم يدفع المستقيم الى الخلف واغشية العجان الى اعلا بواسطة أصبع لطريق الجرح ، ويبحث عن العضلة الرافعة لفتحة الشرج Levator ani وتزاح الى الخارج بواسطة مباعد

عريض ومنحن وفى الوقت نفسه يساعد هذا المباعد فى دفع المستقيم الى جهة العجز. ثم تبحث الاجزاء المنكشفة فى الجرح ويكشف الجزء الامامى للبرستاتة ويفتح مجرى البول عند اتصاله برأس البرستاتة بالقطع عموديا على المجس فى هذه النقطة مسافة سنتيمتر. وتفصل شفتا الجرح عن بعضهما ويرفع المجس. ثم يدخل مباعد خاص معروف « بمباعد ينج » فى المثانة بطريق الجرح الذى عمل فى مجرى البول ويفصل فرعاه عن بعضهما ويضغط بيده (يد المباعد) الى الامام والى الاعلى لتطل البرستاتة من الجرح ، ثم يقطع فى غلاف البرستاتة بمحاذاة مجرى البول وفى الجهة الوحشية منه ومن الحد الامامى للبرستاتة لغاية جهة العضلة العاصرة المثانية ثم يزال الغلاف من البرستاتة ويمسك كل جزء من هذه بجفت ويشرح بعناية من مجرى البول حتى تنزع منه مع ربط الاوعية الدموية ، ثم يدخل اصبع فى المثانة ويجذب الجزء الثانى من البرستاتة داخل المثانة الى الخارج ويشرح وينزع. ثم يخاط الجرح الذى عمل فى مجرى البول بعناية بكاتجى رفيع ويترك جزء صغير يسمح لادخال انبوبة درنقة تبقى فيه. ثم تملأ الكهوف التى نتجت من العملية بشاش ملئا خفيفا ، ثم ترد الانسجة العجانية بترتيبها الى محالها. ويخاط الجرح الخارجى. اما الشاش فيرفع بعد ثمان واربعين ساعة ، والانبوبة بعد خمسة الى سبعة ايام وتوضع قسطرة فى مجرى البول

أما ينج (Young) فكان يدخل المباعد من جرح فى الجزء الغشائى من مجرى البول وكان ايضاً يترك جزءا عموديا من نسيج البروستاتة فى الخط المنصف وذلك بان يكون القطع فى الفصين بدلا من تشريحهما من مجرى البول وبهذه الواسطة كان يسعى ليبقى القنوات الطاردة فى مكانها

واختم المقال بكلمة عن أفضلية تعديلات (سير طمسون ووكر) على عملية (فراير) الفوق العانية :

اذا نظرنا الى كشف المضاعفات العديدة للعملية ظهر لنا جيدا أن هذه التعديلات في العملية كما فصلناها تسمح لنا بان نري العملية باعيننا (بدلا من أن نعمل فى الظلام) وتسمح لنا بان نرى حالة موضع العملية بعد عملها . ويمكن تلخيص افضليتها كما يأتى .

(أ) ـــ عدم وجود ضرورة ادخال أصبع أو اكثر فى المستقيم ، فيقل احتمال اتساخ الجرح حتى يصل الى حد أى عملية أخرى فى المثانة من حيث النظافة

(ب) ـــ يمكن رؤية امكنة الانزفة ومعالجتها

(ج) ـــ عدم ترك دوالى غشائية فى الكهف الناتج عن نزع البرستاتة وبالتالى يصير الانسداد المسبب عن تكون ستار من هذه الدوالى كما شرحناه سابقا ممتنعا

(د) ـــ عدم ترك بقايا برستاتية خافية عن العين مهما صغر حجمها

(هـ) ـــ امكان رؤية البرستاتة وداخل المثانة قبل محاولة الاستئصال ، فلا يقع الجراح فى خطأ استئصال برستاتا متضخمة تضخما خبيثا (Malignant) ، مع نتائجه المهلكة

أما الضرر الوحيد فى هذه العملية فهو طول الوقت اللازم لأدائها : من عشرين الى ثلاثين دقيقة تقريبا أى اطول من الوقت اللازم بالطريقة العادية وليس هناك من شك فى أن طول الوقت هذا يزيد صدمة العملية ولكن مع الدقة فى العمل والمران تكون محامد هذه الطريقة اكثر من أن تعطلها هذه السيئة

أما الحالات التى يكون الانسداد فيها ناشئا عن ورم بروستاتى غدى ضاغط على مجرى البول فقد كان العلاج الى وقت قريب هو الاستئصال عن طريقة العجان ولكن الاخصائيين بالامراض البولية حاولوا أخيرا اعدام هذه البزوز بالدياترمى عن طريق منظار مجرى البول الخلفى Posterior urethromoscope ولا يمكن اعطاء رأى حاسم عن هذه الطريقة ولكن نتائجها الى الآن تجعلنا نأمل منها خيرا

وهاكم كشفاً مستخرجاً من تقارير مستشفى قصر العينى الخاصة بحالات البرستاتة من ينايرسنة ١٩٢٤ لغاية ابريل سنة ١٩٢٦

عددالحالات	غير صالحة للعملية	متوسطة الاعمار	عملية على درجةواحدة	عملية على درجتين	شفيت	توفيت	تحسنت
المجموع ٥٠	٣	٣ر٥٥	١٠	٣٧	٢٦ ٢ر٥٠ ٪	١٢	٩

' اينفندين ' ' هيبپولويد '

(الماركة المسجلة) (الماركة المسجاة)

خلاصة پيتويتاري (انفانديبولار)

TRADE MARK 'HYPOLOID' BRAND 'INFUNDIN' TRADE MARK

Pituitary (Infundibular) Extract

(القوة الاصلية ١٠ كل سانتيمترو مكعب
بحسب القياس المعروف في اوروپا) علبة
تنك فيها ٦ زجاجات فى كل منها ٥,٠
سانتيمترو مكعب ومنها ١ سانتيمترو مكعب

(اخطار) هذه هي القوة المستعملة دائما ما لم تعين قوة اخف (انظر باسفله) وبناء على ذلك لم يرلزوم لتغيير قوة 'اينفندين' الاصلية وجعلها فى العيار الذي قررته لجنة العيارات لعصبة الامم .

ومعني هذا هو ان 'اينفندين' الذي كان يعرف له دائما تأثير ثابت من اول جرعة معينة منه يمكن للاطباء ان يستمروا على استعماله كالسابق وليكونوا مطمئنين على انه وان كانت قوته لم تتغير الا انها مطابقة للعيار الجديد المتفق عليه بين اهل الخبرة من الفيزيولوجيين .
كذلك يوجد

' ينفندين ' ' هيبپولويد '

(الماركة المسجلة) (الماركة المسجلة)

TRADE MARK 'HYPOLOID' BRAND 'INFUNDIN' TRADE MARK

ر٥ سانتيمترو مكعب بحسب العيار الجديد
المتفق عليه بين الدول
٦ فى كل علبة فيها ٥,٠ كل سانتيمترو مكعب
و ١ سانتيمترو مكعب بحسب القياس الجديد

بروز ولكام وشركاؤهم
فى لندن



نموذج صوري

بروز ولكم وشركاؤهم
فى لندن

BURROUGHS WELLCOME & CO.
LONDON

AR. 152

العلاج بالفيلاكوجين

Phylacogen Therapy

محضرات الفيلاكوجين لشركة بارك ودافيس هى محاليل مائية معقمة تحضر من زرع البكتريا الممرضة المختلفة بالترشيح بعد قتلها واستعمال الفيلاكوجين فى الطب قائم على النظرية القائلة بتسبب التغيرات المرضية فى الامراض المعدية عن الحاصلات التمثيلية المتخلفة عن الميكروبات

يعطى الفيلاكوجين اما حقنا فى الوريد أو تحت بشرة الجلد وترسل الارشادات والنشرات الخاصة مجانا لمن أرادها

Mixed Infection Phylacogen	فيلاكوجين العدوى المختلطة
Gonorrhea ,,	« السيلان الفرنجى
Erysepelas ,,	« الحمرة أو الورشكين
Pneumonia ,,	« الوارية أو التهاب الرئة
Rheumatism ,,	« الروماتزم
Typhoid ,,	« حمى التيفود

ترسل فى علب فى كل خمس بيلات (امبول) سعة ا.س.م. أو فى قوارير مسدودة باللستك سعة كل ١٠٠ س.م.

PARKE, DAVIS & Co.
LONDON

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
		جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد الأول يناير ١٩٢٧ JANUARY 1927 السنة العاشرة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م. مصر ٨٠ ـ ٢٧



المرحوم

الاستاذ الدكتور لولين باول فيليبس

« انظر ترجمة حياته فى الصفحة نمرة ٦٩ »

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى سنتها عشرة شهور

العدد الأول | يناير سنة ١٩٢٧ | السنة العاشرة

العلاج الشافى للرقص الزنجى

(خوريا)

محاضرة

للدكتور سليمان بك عزمى

امام الجمعية الطبية المصرية

زملائى الافاضل

سأتكلم الليلة عن تجاربى فى علاج الكوريا وسأذكر قبل ذلك مجملا عن أصل المرض وصفته المرضية وعلاجه المتداول للآن :

ليست الكوريا من الأضطرابات البسيطة فى الوظائف العصبية (Neurosis) بل يجب أعتبارها ضمن امراض المخ أذ وجدت الأدلة الكافية على ذلك واصبح من المعروف الآن أن هذا المرض مسبب عن التهاب فى ال Corpus Striatum ناشىء عن عدوى — ومن البراهين على ذلك

(١) علاقة المرض بفصول السنة : وهى حسب تقدير لويس (Lewis) تصل إلى أقلها فى نوفمبر ثم ترتفع بسرعة فى ديسمبر وتبقى ثابتة فى يناير وفبراير ثم تصل إلى نهايتها فى مارس وتنخفض ثانية فى أبريل وترتفع فى مايو ثم ترجع إلى ما كانت عليه فى نوفمبر

(٢) علاقة المرض بالجنس والسن : يختار المرض معظم مرضاه من الاناث (الجنس اللطيف) حيث تكون الأصابة فيهن ضعفى (مثلى) الأصابة فى الذكور تقريباً أما السن فأن المرضى يتراوحون بين الخامسة والسادسة عشر من أعمارهم

(٣) وجود صلة أكيدة بين المرض والأمراض المعدية الأخرى وأهمها الروماتزمية

(٤) زيادة الكرات الدموية البيضاء فى سائل النخاع الشوكى

(٥) وجود التهاب فى الغشاء المبطن للقلب فى كل الحالات تقريباً ووجود التهاب فى التامور والبلوره والغدة النكفية فى كثير منها عند عمل الصفة التشريحية

ومن الدلائل الاكلينيكية على أن هذا المرض من أمراض المخ هو تشابه أعراضه مع أعراض أحوال أورام المخ والالتهاب السحائى الدرنى والالتهاب المخى الوبائى .

التشريح المرضى

بما أن الكوريا ليست من الأمراض الفاتكة فان الصورة التشريحية المرضية التى نراها انما هى للحالات الشديدة المصحوبة بالمضاعفات ولذلك فهى لا تعطينا صورة عمومية للمرض ومع ذلك فأن المتفق عليه للآن هو :

فى المخ والنخاع الشوكى

١ — احتقان دموى وبعض نقط نزفية

٢ — بعض انسدادات فى الاوعية المخية الصغيرة فى بعض الحالات

٣ — ارتشاح الكرات الدموية حول أوعية العقد العصبية فى قاعدة المخ (Basal ganglia) مع أوزيما وتميع (Softening) فى هذه العقد وضمور ايضاً فى بعض خلاياها .

القلب والاعضاء الأخرى

يوجد التهابات بالقلب فى معظم الحالات

وفى بعض الأحيان يوجد انسداد فى الشريان المتوسط للشبكية وهذا فى الحالات التى يوجد بها انسدادات ايضاً بأوعية المخ .

وقد ذكر بعض الافراد أنهم وجدوا جراثيم فصلوها من المخ ومن صمامات القلب ومن الدم من بعض الحالات ولكن لم يعم الاخذ بهذه الفكرة

العلاج :

يستعمل للآن ثلاثة أنواع من العقاقير الطبية فى علاج الكوريا وهى .

أولا — العقاقير المضادة للتشنج والمخدرات

ثانياً — الانتيپيرين

ثالثاً — الزرنيخ

ومن النوع الاول :

الافيون : وهذا لا يستعمل الآن

البرومور : نتائجه غير مضمونة ويستعمل مع سلسلات الصودا فى الأحوال التى تعقب الروماتزم عند الاطفال

الكلورال : لايحسن استعماله فى الحالات المصحوبة بمرض القلب اذ يحدث هبوطاً فى الدورة الدموية — وتأثيره بالتنويم — ونحن نعلم أن حركات الكوريا تسكن عند النوم

الانتيبيرين : له تأثير حسن ولكن كثيراً ما تحدث نكسات للمرضى بعد ايقاف العلاج كما انه كثيرا مايستعصى المرض على الانتيبيرين فلايحدث أى تحسن ما — وينسب تأثير الانتيبيرين لخاصيته المهدئة للمجموع العصبى

ومن مضاره قلة البول وظهور طفح ار يثيماوى واضطراب الجهاز الهضمى ويعتبر الانتيبيرين أقل تأثيراً من الزرنيخ فى علاج الكوريا

وبعض الاطباء يصف الانتيبيرين والزرنيخ معا ويستعمل البروفسير مارفان (Marfan) التذكرة الآتية :

زرنيخات الصودا	٠٫٠١	واحد سنتيجرام
انتيبيرين	٥٫٠٠	خمسة جرامات
شراب البرتقال	٥٠٫٠٠	خمسون جراماً
ماء مقطر لغاية	١٠٠٫	

ملعقة شاى ثلاث مرات يوميا

الزرنيخ : وهو الشائع الاستعمال

يستعمل من زمن بعيد فى هذا المرض ويعطى بمقادير متزايدة يوقف استعمالها أو يخفض اذا ظهرت على المريض عوارض ابتدائية للتسمم (كفقد الشهية والقيء والاسهال والزلال فى البول والحمى الخفيفة الخ) وقد يحصل التهاب عصبى دائرى (Peripheral Neuritis)

وقد دلت التجارب وكاد يتفق الجميع على ان التحسن الناشىء من العلاج بالزرنيخ انما هو نتيجة الراحة وما يتبع من الاجراءات الأخرى كالتغذية الخ — وأن تأثير الزرنيخ على المرض هو تأثير غير مباشر بتحسينه صحة المريض العمومية

ولكننا بالرغم من القول بهذا الرأى لا يمكننا أن ننكر أن هناك حالات تتحسن فجأة اذا أخذت مقادير كبيرة من الزرنيخ

وبالاختصار فان الزرنيخ والانتيبيرين والكورال هى الثلاثة عقاقير التى أظهرت التجارب أفضليتها وليس لأى منها تأثير خاص (Specific) على هذا المرض وهى تستعمل بالترتيب الواحد بعد الآخر فى الحالات المستعصية — ومن الاقوال المأثورة التى لم تنقض للآن عن (Banteille) سنة ١٨١٩ قوله أن وجود علاج شاف للكوريا خرافة

أما استعمال الكهرباء والعلاج بالمياه والحمامات الكهربائية وتمرينات الرياضة البدنية والمعيشة الخلوية فلها فى بعض الاحيان تأثير حسن

ولكن الراحة التامة فى الفراش والراحة الفكرية كمنع الدراسة والعزلة والابتعاد عن الانفعالات وملاحظة الغذاء الخفيف فهى من الاهمية بمكان عظيم فى علاج هذا المرض — من الاقوال المأثورة « اللبن والسرير والماء أساس علاج الكوريا»

وهناك بعض الطرق العلاجية للكوريا كبزل النخاع الشوكى والحقن داخله بمحلول سلفات المنيزيا ٢٠ ٪ ولكنها قليلة الاستعمال ويقول بعض الاطباء الانجليز انهم حصلوا على نتائج حسنة من استعمال مصل المريض بحقنة داخل النخاع الشوكى

وختام القول فلا يزال الزرنيخ حافظاً لمركزه الأول فى علاج الكوريا غير أنه لا يمكن استعماله بمقادير كبيرة من الفم بصيغته غير العضوية اذ يحدث تسمماً وانى اذكر حالتين عالجتهما بالزرنيخ وظهرت عليهما أعراض التسمم بعد شفائهما من الكوريا وقد ذكر غيرى من الاطباء مثل هذه الحوادث

ولذلك اتجهت الافكار لاستعمال الزرنيخ غير العضوى اذ يمكن اعطاؤه بمقادير كبيرة دون حدوث أعراض التسمم وقد استعملت لذلك مركب النوفو ارسينو بنزول (Novoarsenobenzol) حقناً داخل الوريد على طريقة علاج الزهرى وقد جربته فى أحوال كثيرة من سنة ١٩٢٢ ونجح فى أغلبها وانى أذكر لحضراتكم الآن حالات عولجت بهذه الطريقة فى المدة الاخيرة : —

الحالة الاولى

المريض — محمود سيد محمد عمره ١٢ سنة دخل المستشفى فى ٢٥ / ١٢ / ٢٤ يشكو من كوريا وعدم تكافؤ فى صمام مترال ولم يسبق له حدوث هذه الاعراض

أعطى أول حقنة ١٠ سنتيجرامات فلم يظهر عليه أى تحسن وأخذ المقدار الثانى ١٥ سنتيجراماً فتحسن قليلا و بعد ثالث حقنة ٢٠ سنتيجراماً ظهر التحسن جليا وأعيد نفس المقدار فى رابع حقنة وشفى المريض تماماً ولم يعد المستشفى بعد ذلك

الحالة الثانية

المريض — عبد النبى رجب سيد عمره ١٧ سنة ودخل المستشفى فى ٢٥/٥/٧ يشكو من الكوريا وعولج بمحلول فولر لمدة ستة أيام لم يظهر فيها أى تحسين وعولج بعد ذلك بالحقن بالنوفوارسينو بنزول وأعطى المقادير الآتية ٣٠ سنتيجراماً و ٤٥ سنتيجراماً وكرر المقدار الاخير مرتين فظهر التحسن بعد الحقنة الثانية وشفى المريض بعد الرابعة ولم يعد للمستشفى

الحالة الثالثة

المريضة زكية محمد بيومى عمرها ١١ سنة دخلت المستشفى يوم ٢٥/٧/٢٦ تشكو من كوريا ظهرت عليها قبل دخولها المستشفى بخمسة أيام وعولجت بالنوفوارسينو بنزول واخذت خمس حقنات مبتدئة بعشرة سنتيجرامات ومنتهية بخمسة واربعين وقد ظهر التحسن بعد ثانى حقنة وشفيت تماما بعد انتهاء العلاج ولم تعد للمستشفى

الحالة الرابعة

المريضة زينب أبو طالب على عمرها ١٢ سنة دخلت المستشفى يوم ٥/ ٩/ ٢٦ تشكو من كوريا شديدة جداً حدثت لها من ثلاثة أشهر تحسنت فى خلالها ولكنها عاودتها بشدة ثانية منذ بضعة أيام وقد عولجت بالنوفوارسينو بنزول أخذت خمس حقن مبتدئة بعشرين سنتيجراما ومنتهية بخمسة واربعين وقد تحسنت بعد أول حقنة وشفيت تماما بعد ثالث حقنة غير انا استمررنا معها الى

خامس حقنة ولم تعد للمستشفى بعد خروجها

وانى اذكر حالتين عولجتا بالنوفوارسينو بنزول وكان التحسن طفيفا غير انهما لم يشفيا وتركا المستشفى .

وهذه هى تجاربى الخاصة فى علاج الكوريا بالنوفوارسينو بنزول أقدمها لحضراتكم ذاكراً أن العلاج استعمل فى الخارج من قبل ولا يزال موضوع بحث

ولما كانت هناك حالات لا تتحسن تحسنا مرضيا بالرغم من محاولة كل الطرق العلاجية السابقة كنت أفكر دائما فى تجربة طريقة أخرى تأتى بنتائج أحسن .

ولما كان من المتداول الآن علاج بعض الحالات الميكروبية المعدية المزمنة بحقن المريض بها بدمه فكرت فى محاولة هذا العلاج فى أحوال الكوريا

وقبل البدء بذكر الحالات يجدربى أن أذكر شيئاً عن علاج المرضى بدمهم

(Autohœmotherapy)

هذا العلاج حديث العهد ولا يزال تحت البحث والتجربة غير أنه يزداد انتشارا وهو سهل الاستعمال وخلو من المضاعفات الخطيرة تقريباً ونتائجه مشجعة

ويرجع تاريخ أول تجارب عملت على هذا العلاج الى سنة ١٩١٢ حيث قام البروفسير سيكارد (Sicard) وتلميذه جوتمان (Gutmann) باستعماله فى بعض النوبات الصرعية وقد قررا أنهما حصلا على نتائج حسنة . وقد استعمله فى السنة التالية راڤوت (P. Ravout) فى علاج بعض الامراض الجلدية وكان استعماله فى أول الامر اصطلاحياً على غير أساس (Imeprical) ولكن فسر ڤيدال (Widal) تأثيره بحدوث (Anaphylactic shock) صدمة انفيلاكتيكية

أما طريقة الاستعمال فسهلة اذ يؤخذ مقدار من الدم مع قليل من محلول سترات الصوديوم ١٠ ٪ ويحقن تحت الجلد أو فى العضلات وتعطى كل ثانى يوم.

ولى طريقة خاصة ابتكرتها أثناء تجاربى وهى أن تؤخذ أمبوبة من زيت الكافور فى الحقنة ثم تفرغ منه وبعد ذلك يؤخذ الدم فلا يتجمد

و يتراوح مقدار الدم الذى يحقن عادة من ٢ سنتيمترا مكعبا الى عشرين وليس لكمية الدم أهمية كبيرة فى التأثير على المريض .

تأثير الحقن: لا تؤلم الحقنة بعد عملها مباشرة ولكنها قد تؤلم أثناء اليوم الذى تعمل فيه وآلامها محتملة لا تمنع المريض من تأدية عمله

وهى تحدث دائما انخفاضا خفيفا فى الضغط الدموى الشريانى ١٠ ملليمترات ونقصا فى عدد الكرات البيضاء من ١٢٠٠ الى ١٥٠٠ ويحدث ذلك بعد ربع ساعة من اعطائها — ويعقب هذا النقص زيادة فى عدد الكرات البيضاء ولا تتوقف هذه التغيرات على مقدار الدم المحقون

المضاعفات : قد يحصل عند المرضى العصبى المزاج اغماء مباشرة بعد الحقن ولم أشاهد ذلك فى حالاتى وعندي أن ذلك نتيجة خوف شديد من الحقنة

وقد يشعر المريض بعد ساعتين أو أكثر من الحقن بآلام عمومية فى الجسم والمفاصل وخمول وقد يحدث فى بعض الحالات قلق وارتفاع خفيف فى درجة الحرارة وربما تظهر أعراض مرض المصل بعدأربعة أيام فيظهر الطفح وآلام المفاصل الخ غير أن هذا لم يحصل فى مرضاى أيضا

وهناك بعض الحالات التى استعمل فيها الحقن بالدم ازدادت معهاحالةالمريض سوءا وتلك الحالات نتيجة (Aupahylactic desensibilisation) فيحدث فيها العلاج نفس التأثير فتزداد الحالة سوءاً Presse Medical 15 August 23 Page 65

مدة العلاج . لا يمكن تحديد مدة العلاج وهى تختلف حسب الحالة :

(١) المرضى الذين يتحسنون من أول حقنة تكون مدة علاجهم قصيرة ويشفون بسرعة ويحتاجون من ست الى ثمانى حقن

(٢) المرضى الذين يظهر عليهم التحسن بعد رابع أو خامس حقنة يكون التحسن فيهم بطيئاً ويحتاجون الى حوالى العشرين حقنة

(٣) المرضى الذين يظهر عليهم التحسن أولا ثم يقف هذا التحسن لا يكون هناك داع لاستمرار علاجهم

(٤) المرضى الذين تسوء حالتهم لا داعى لاستعمال العلاج

(٥) يوقف العلاج بعد سابع حقنة اذا لم يظهر أى تحسن

وفى الحالات التى تشفى يستحسن أن يستمر الحقن لمدة شهرين أو ثلاثة مرة فى كل أسبوع أو أسبوعين

(وهذا ما قرره شكلمان فى Presse Medical 22 March 24)

وإنى فكرت كما سبق الذكر لحضراتكم أن استعمل هذا العلاج فى احوال الكوريا لاعتقادى أنها من الامراض المعدية التى من فصيلة الروماتزم وقد جربت العلاج فى الاحوال الآتية

الحالة الاولى

سليمان محمد سليمان عمره ١٦ سنة لم يسبق له حصول الكوريا . دخل المستشفى بقسم الجراحة فى حادثة فى يوم ٢٠ / ٦ / ٢٦ وبقى تحت العلاج الى يوم ٢ / ٨ / ٢٦ حيث ظهرت عليه أعراض الكوريا فعولج مباشرة بالنوفوارسينو بنزول إلى يوم ٢٣ / ٩ / ٢٦ أخذ فى خلالها خمس حقن مبتدئاً بعشرة سنتيجرامات ومنتهياً بخمسة وأربعين لم يظهر عليه فى أثنائها أى تحسن فابتدىء معه العلاج بالحقن بدمه فى ١ / ١٠ / ٢٦ — ٢٠ سنتيمتراً مكعباً فى العضل كل ثانى يوم وقد أخذ سبع حقن وبدأ يظهر عليه التحسن بعد ثالث حقنة اختفت أعراض الكوريا عنده تماماً وقد أبقيته تحت الملاحظة بالمستشفى الى يوم ١٧ / ١١ / ٢٦ ولم يظهر عليه أى عارض

الحالة الثانية

المريضة آسيا على عثمان عمرها ١٩ سنة متزوجة دخلت المستشفى أول مرة

يوم ١٦ / ١١ / ٢٥ وكانت تشكو من الكوريا وعولجت بواسطة النوفوارسينو بنزول وخرجت من المستشفى حسب طلبها يوم ٢٥/١٢/١٠ ولم تتحسن وكانت أعطيت خلال هذه المدة أربع حقن

عادت المريضة للمستشفى يوم ٢ /٨ /٢٦ وعولجت باخذ أربع حقن نوفوارسينو بنزول مرة ثانية فلم تتحسن فحاولت معها الاسبرين بمقادير كبيرة ٥٠ سنتيجراما كل ٤ ساعات فلم تتحسن أيضاً فأعطيتها زرنيخ بالفم على شكل سائل فولر ٨ نقط ثلاث مرات يوميا تزاد نقطة فى كل جرعة كل يوم واستمرت على ذلك ثلاثة أيام حيث خرجت فى يوم ١٣ /٩ /٢٦ ولم تتحسن

وعند ما ابتدأت بتجربة الحقن بالدم شجعتنى الحالة الأولى التى لم تثمر فيها حقن النوفوارسينو بنزول على الارسال فى طلب هذه المريضة وقد دخلت المريضة يوم ٢٦ / ١٠ /٢٦ وأعطيتها احدى عشرة حقنة من دمها دون نتيجة ففكرت فى أن مرض الكوريا ترك بالمريضة أثر هستيريا أعراضها كأعراض الكوريا وقد حاولت معها البرومور والفاليريانا والعلاج التأثيرى واستمرت على ذلك ١٤ يوماً حتى خروجها فى يوم ١٨ / ١١ / ٢٦ حيث تحسنت نوعا ما

الحالة الثالثة

سيده بيومى حسن عمرها سبع سنوات تشكو من أعراض كوريا وعندها عدم تكافؤ فى صمام مترال لم يسبق حدوث الكوريا لها دخلت المستشفى يوم ٢٦/١٠/١٤ بعد بضعة أيام من حصول أعراض الكوريا وقد عولجت مباشرة بحقنها بدمها ٢٠ سنتيمترا مكعبا فى العضل كل ثانى يوم وقد ظهر التحسن بعد رابع حقنة وقد اخذت للآن ثلاث عشرة حقنة والفرق عظيم جداً بين حالتها عند ابتداء العلاج وحالتها الآن (عرضت المريضة)

الحالة الرابعة

سيد محمود حسن تلميذ عمره ١٢ سنة دخل المستشفى يوم ١٤/١١/٢٦ يشكو من كوريا حدثت له منذ ثلاثة أيام قبل دخوله المستشفى ولم يسبق له حدوثها وقد كانت أعراض المرض شديدة فى الأول ابتدىء معه بالحقن فى العضل ٢٠ سنتيمترا مكعبا كل ثانى يوم وقد تحسنت هذه الحالة جداً بعد ثانى حقنة وحالته آخذة فى التحسن السريع وأخذ للآن خمس حقن (عرض المريض)

وانى أعتقد اننى الأَول فى تجربة هذا العلاج فى أحوال الكوريا وقد شجعتنى هذه الحالات القليلة التى عرضتها على حضراتكم لحيازة الاسبقية فى تقريرها ولكى تشاركونى فى تجربتها وأبداء رأيكم فيها .

وانى اخص بالشكر الدكتور احمد افندى العجاتى نائب قسم الامراض الباطنية فان الفضل الاكبر فى القيام بهذه التجارب وتحضير الحالات وتتبعها يرجع اليه فانه يعد كشريك فى هذا العمل فاشكره وكذلك الدكتور عبد الحميد افندى حافظ حكيم الامتياز عندى لمساعدتى فى انجاز هذا البحث

معلومات عن وباء الحصبة فى الاسكندرية

لسنة ١٩٢٥

محاضرة القاها فى الجمعية الطبية المصرية باسكندرية

الدكتور نجيب قناوى (وكيل صحة البلدية)

إذا ماذكرت الحصبة فانما اشير الى ذلك الوباء الذى داهمنا بحدته فى سنة ١٩٢٥ وكلما تذكرته اتذكر تلك الارواح البريئة التى صعدت الى بارئها تشكو ذلك الجبار القاسى وتطلب إلى الاطباء أن يواصلوا مجهوداتهم لاكتشاف مايخفف من وطأة ذلك المرض الثقيل ويبيد ميكروباته القاتلة بعد اكتشافها ومعرفة كنهها رحمة بالبقية الباقية من الاطفال فى هذه الدنيا .

ظل هذا الوباء يهاجم ويقاتل حتى بلغ اقصى هجومه فى شهر يوليو سنة ١٩٢٥ فاختطف حياة الالوف من الاطفال بلا شفقة ولارحمة وانتزعهم من احضان امهاتهم ونازعهم البقاء فاجهز على جميع الضعفاء ولم يبق منهم الا ذوى المناعة القوية والاجسام المحصنة فتغلبوا عليه ورجع القهقرى ولكننى اخشى ان يكون قد كمن وقتياً منتظراً الظروف المهيئة ليتحفز ثانية وقت اللزوم وسانشر فيما بعد عدد ضحايا هذا المرض فى مدة هذا الوباء وأرى قبل الخوض فى الموضوع ان اذكر شيئاً مختصراً عن تاريخ الحصبة فأقول :

فذلكة تاريخية مختصرة : مرض الحصبة معروف من زمن قديم والفضل فى معرفته راجع إلى أطباء العرب فى القرن العاشر والحادى عشر للميلاد ومن هؤلاء الاطباء ابن سيناء والرازى وعباس وكان المرض قبل ذلك التاريخ مجهولا لايميز عن مرض الجدرى وبعضهم يعتقد ان التلقيح بالمادة الجدرية جعل عند الأطفال

استعداداً قوياً للأصابة بمرض الحصبة وان الاصـابة بمرض الجدرى فى الصغر تقى الجسم من مرض الحصبة فاذا أصيب بها رغماً من ذلك تكون الأصـابة من النوع الحميد ولكن هذا الأعتقاد لايؤيده الواقع ولا تؤيده المشاهدات فان بعض البلاد التى ليس فيها التطعيم بالمـادة الجدرية اجبارياً منتشرة فيها الحصبة انتشاراً كبيراً وكذلك رأينافى وباء الحصبة فى الاسكندرية فى هذا العام ان بعض الاصابات لم يسبق تطعيمها قط وقال (Pruner) انه علم بأول وباء للحصبة فى مصر فى سنة ١٨٤٥ ميلاديه وكان أول ظهوره فى شهر فبراير من تلك السنة وبلغت حدته فى شهر مايو .

ظهور الحصبة فى أوقات معلومة : يقول بعض علماء الاوبئة أن وباء الحصبة يحصل مرة فى كل سنتين لانه فى تلك المدة تكون قد تكونت جملة مواليد ذوى استعداد لمرض الحصبة ولكن بتحليل عدد الأصابات التى حصلت فى مدينة الاسكندرية لمدة ١٢ سنة (ابتداء من سـنة ١٩١٤ إلى سنة ١٩٢٥) وجدت ما يفيد ان عدد الاصابات كان يرتفع سنة بعد سنة فمثلا كان عدد الأصابات فى سنة ١٩١٤ هو ٤٧٣ أصابة ثم انخفض فى السنة التى تليها إلى ٢٤٩ ثم أرتفع للمرة الثانية فى سنة ١٩١٦ إلى ٣٠٠ وهكذا (انظر الرسم نمرة ١ والخريطة نمرة ١ مكررة)

تعريف الحصبة : الحصبة مرض معد وتعرف بظهور نوازل عامة المسـالك الهوائية وطفح مخصوص

الأسـباب : ليس معروفاً تماماً ميكروب الحصبة رغماً من امكانهم اعداء القردة بدم المصابين ولـكن الاستاذ (Caronia) الطليانى الجنس توصل بطريق البحث فى سنة ١٩٢٣ إلى اكتشاف ما يأتى :

١) وجود ميكروب مستدير الشكل فى دم المصـابين بالحصبة وفى افرازات الانف وفى سائل النخاع الشوكى وسمى هذا الميكروب « بميكروب كارونيا »

٢) احداث حصبة صناعية فى الأرانب بعد حقنها بدم المحصو بين فى دور الطفح أو من افرازات الأنف المرشحة .

المناعة . يوجد عدد قليل جدا من الاطفال لايزيد عن الماية عنده مناعة طبيعية أما الباقى فمعرض للاصابة بالمرض وخصوصاً بعد سن الشهرين الى الخمس سنوات وقد رأيتها فى سن الشهر

أما المناعة قبل الشهرين فغالبا تكتسب من الام التى تكون قدأصيبت بالحصبة فى صغرها ثم تضعف هذه المناعة بعد ذلك شيئاً فشيئاً الا أن يصبح الطفل ذا استعداد قوى للاصابة ويجوز أن يصاب الشخص بها مرتين وقد رأيت شخصياً اطفالا كثيرين أصيبوا بها مرتين وقليلين ثلاث مرات وأقصر زمن وجدته بين حصول الاصابة الاولى ورجوع الثانية هو ثلاثة شهور

العمر — أغلب اصابات الحصبة تكون بين السنة الاولى والسادسة وقد تصيب البالغين فى بعض الاحيان الذين لم تسبق اصابتهم بها وقد رأيت ثلاث حالات فى هذا الوباء يختلف أعمارها بين ٢٠و٤٠ سنة وقد يجوز اصابة الاطفال حديثى الولادة وفى هذه الحالة اما أن يولدوا بالطفح أو يظهر الطفح بعد ولادتهم ببضعة أيام وتكون عدواهم آتية من الام التى تكون قد أصيبت بالمرض فى نهاية اشهر الحمل وأقل عمر رأيته شخصياً بالحصبة هو شهر واحد

وقت ظهور المرض : يقول معظم المؤلفين أن وقت انتشار الحصبة يبتدىء غالبا فى أوائل مارس ثم يهبط فى شهر سبتمبر وقد لاحظت شخصياً فى مدينة الاسكندرية أن هذا المرض يبتدىء ظهوره غالباً فى شهرى فبراير ومارس ثم يهبط فى فصل الصيف الى أن يصير حالات افرادية كما كان أولا وقد تنبأت بظهور وباء هذا العام وشدته عند مارأيت حالات كثيرة من الحصبة أخذت فى

الظهور فى وقت غير وقتها المعتاد وذلك بان بدأت بعض اصابات فى الايام الاخيرة من شهر مايو سنة ١٩٢٥ كما يتبين من الجدول نمرة (١)

كيفية العدوى: تحصل العدوى مباشرة من المريض الى السليم بواسطة اللمس وتأتى أيضاً من افرازات الانف والفم .أما العدوى بواسطة شخص ثالث أو الجوامد أو بطريق الهواء فغير مؤكدة . و بعضهم لا يعتقد مطلقاً بالعدوى من طريق الهواء وفعلا لما زرت مستشفى الامراض العفنة فى مدينة لفربول فى سنة ١٩٢٥ أخبرنى رئيسه ومساعده بهذه النظرية وقد تفقدت عنبراً ممتلئا بمرضى بامراض معدية مختلفة فكانت الحصبة بجوار الحمرة والحمرة بجوار القرمزية والقرمزية بجوار السعال الديكى وقد أرانى المساعد غرفة العمليات وهى متصلة بذلك العنبر وقال لى أن فى تلك الغرفة عملت لى ولرئيسى عملية الزائدة الدودية ولم نصب بأى مرض عفن من هذا العنبر .

أوقات العدوى : تبلغ العدوى أشدها فى دور الهجوم أى قبل ظهور الطفح بيومين وتستمر كذلك مدة الطفح ثم تضعف أو تزول عند هبوط الحرارة الى درجتها الطبيعية ومدة الطفح لاتكون غالباً اكثر من ستة أيام

الحضانة : مدة الحضانة تختلف من سبعة أيام الى ١٤ يوماً

الاعراض: كانا نعرف أعراض الحصبة ولا داعى لشرحها فى هذا المقام اذ أن هذا لا يهم موضوعنا اليوم فقط يمكنني الخصها فيما يأتى . .

أولا — دور الهجوم وفيه تظهر الحمى ونوازل عامة للمسالك الهوائية و يمكث من ٣ — ٤ أيام ورأيته فى بعض الحالات يستمر الى ١٠ أيام

ثانيا — دور الطفح يمكث ثلاثة أيام فى الحالات العادية

ثالثا — دور النقه والتقشر و يمكث من ٣ - ٥ أيام

حالات غير عادية . يظهر الطفح عادة بعد ثلاثة أو أربعة أيام من ظهور الحمى ويبتدىء فى الظهور كما نعلم بالترتيب الاتى :

أولا — خلف الأذن وتحت الذقن وفى الظهر وحوالى الفم والانف ثم يعم الوجه ثم الصدر والبطن ثم يظهر على الاذرع والافخاذ فى اليوم الثالث وقد حصل ظهور الحصبة بدون ظهور الطفح ويعرف ذلك من أعراض الهجوم فى مدة الاوبئة ومن قلة نسبة الليمفووسيت (Lymphoeytes)فى الدم وقد رأيت شخصيا فى هذا الوباء حالتين ظهر فيهما الطفح أولا كالمعتاد ثم اختفى ثم عاد ثانية بعد مضى أسبوع من ظهور الطفح الاول فى الحالة الاولى و١٢ يوما فى الحالة الثانية مع عودة ارتفاع الحرارة فى كلتا الحالتين

المضاعفات . قد تحصل مضاعفات كثيرة فى الحصبة ويظهر ذلك بأجلى بيان فى مدة انتشار وبائها ومما يلفت النظر ان الحصبة تعتبر مقياسا لمواضع الضعف فى جسم الطفل فمثلا اذا كان الطفل ذا استعداد لامراض الصدر أو الاذن أو الامعاء فتظهر الارتباكات فى هذه المواضع عنداصابة الجسم بالحصبة لان الميكروبات تتركز فى النقط الضعيفة . وأكثر المضاعفات فى الحصبة النزلات الصدرية وأخصها الالتهابات الرئوية ثم النزلات المعوية ثم الاذنية

اما انا شخصيافقد رأيت فى وباء هذا العام فى حالاتى الخاصة التى عالجتها اطفالا كثيرين أصيبوا بمضاعفات معوية اكثر منها صدرية وخصوصا الدوسنطاريا الحادة ومن سبيل العلم بالشىء أذكرانى لما رأيت حالات كثيرة بالدوسنطاريا فكرت أخيرا وأخيرا فقط أن أبحث نوعها ففحصت البراز بكتريولوجيا لعشر حالات فكانت النتيجة فيها اجابية للاميبا ولو كانت مكنتنى الظروف لفحصت براز جميع الاصابات لكي يكون عندى احصائية صحيحة بالنسبة الحقيقية لارتباكات الدوسنطاريا فى مرض الحصبة مدة هذا الوباء ولكنى رغما عن ذلك قد اعتقدت ان معظم الحالات

التى رأيتها من هذا القبيل لابد وأن تكون الاميبا قدلعبت دورها لان الاعراض الاكلينكية فيها كانت منطبقة تمام الانطباق على الحالات العشر السابقة

وقد أجهدت فكرى قليلا لأعرف السبب الذى من أجله حصلت العدوى بالاميبا فاعتقدت وقد يجوز أن اكون مخطئا فى هذا الاعتقاد أن السبب راجع الى أن اكثر الامهات غالبا تعطى أطفالها العسل ولا يخفى أن العسل هواكبر مصيدة للذباب الذى يحمل الاميبا ومما يؤيد كثرة الارتباكات المعوية البيان الاتى الذى منه ترون أن ١٣١ حالة بالحصبة عولجت فى قسم مينا البصل بواسطة الطبيبة بنابوتا من تاريخ أول سبتمبر سنة ١٩٢٥ لغاية ٣١ مارس سنة ١٩٢٦ كما هو موضح بالجدول نمرة (٢) ومنه يتضح ان الدوسنطاريا والنزلات المعوية اختصا باكبر نسبة من الارتباكات وهى ٦٠٪ تقريبا

وقد رأيت حالة أخرى ذات ارتباك غريب وذلك أن طفلا يبلغ من العمر سنتين تقريباً أصيب بمرض الحصبة فى يناير سنة ١٩٢٦ وقد هبط الطفح بعد ظهوره بثلاثة أيام ثم دعيت بسرعة فى يوم من الايام لمناظرته فوجدت الطفح قد عاوده ثانية (هذه الحالة هى احدى الحالتين اللتين سبق ذكرهما) والطفل فى حالة سبات والاطراف باردة ووجدت دماغزيراً يتدفق من فمه ومن شرجه والقلب فى حالة هبوط فأمرت باعطائه حقن الارجوتين والكافور وتركت الطفل ولا أعلم ماذا حل به بعد ذلك ففى هذه الحالة لم يمكن معرفة سبب أو تعليل تدفق الدم الغزير من الفم والشرج وظهور الطفح مرة ثانية غاية ما هناك يمكننى أن أقول أن هذه كانت من نوع الحصبة النزفية (Haemorrhagic) وهى نادرة الحصول جداً

بعض احصائيات.

بلغ عدد اصابات الحصبة التى وصلت الى علم الصحة فى سنة ١٩٢٥ من طريق الابلاغ والكشف على الوفيات ٨٤٤ اصابة منها ٤١٠ وفاة فتكون نسبة الوفيات

الى الاصابات ٥ و٤٨ فى المائة (كما هو مبين بالجدول نمرة ٣) وهذه النسبة فى الوفيات عالية جدا لا تنطبق على النسبة الطبيعية لمرض الحصبة التى تبلغ من ٥ ـ ٦ فى المائة فقط . فالزيادة فى نسبة هذا العام ناتجة بلا شك من شدة وطأة الوباء وكثرة المضاعفات ووجود عدد عظيم من الاصابات لم يبلغ عنه ولا أكون مبالغا إذ قلت أن ٧٠ في المائة تقريباً من العدد الحقيقى للاصابات لم يبلغ عنه لان الامهات اما فقيرات لا تستدعى الاطباء لمعالجة أولادها وان أحضرتهم فبعضنا لا يبلغ عن الاصابات لأن الأهالى تخشى التطهير والمراقبة ولان الامهات أيضاً يعتقدن فى مداواة الحصبة بأدوية تخفى على الطبيب وما أنزل الله بها من سلطان وأهم هذه الادوية هو العسل ولابد أن يكون للعسل هذا شأن فى علاج الحصبة خاف علينا معشر الاطباء وقد كان يوصى باستعماله الرازى من قديم الزمان فربما كان ينفع كملين فقط (ولا انسى عندما تحضر الام طفلها وهو في حالة النزع فتذكر انها لم تهمل فى علاجه لانها أعطته من أنواع العسل أجوده وهو السريقوسى) فأرجوكم أن تبحثوا عن فعل العسل فى الحصبة فربما يكون له شأن علاجى غير معروف لنا . ومما يؤيد قولى بأن معظم الاصابات لم يبلغ عنه وجود ٣٣٤ وفاة شخصت بمرض الحصبة بعد الكشف على الجثة هذا عدا الاصابات التى شفيت

تقسم الاصابات حسب العمر

أنشر هنا جدولا نمرة ٣ ببيان الاصابات والوفيات التى حصلت فى مدينة الاسكندرية فى وباء سنة ١٩٢٥ مقسما حسب الاعمار ومنه يتضح أن نسبة الوفيات من ١ ـ ٦ هى اكثر الفئات نسبة وهذا يطابق الحقيقة ومنه يتضح أيضاً أنه حصل ٢٣ اصابة بين سن ١١ الى ٢٠ سنة و٨ اصابات من سن ٢٠ الى ٣٠ واصابة واحدة من سن ٣٠ الى ٤٠ كذلك كان أكثر الاصابات بين سنة وست سنوات

نسبة اصابة الاجانب الى الوطنيين فى الوباء .

بلغ عدد اصابات الوطنيين ٧٤٢ اصابة منها ٤٠٥ وفاة والاجانب ١٠٢ منها ٥ وفيات (انظر الجدول نمره ٣) ومنه يتضح أن نسبة الوفيات فى المائة للوطنيين هى ٨ و٥٤ الى الاصابات وللاجانب هى ٥ فى المائة ومن ذلك نرى أن نسبة الوفيات للاجانب هى اقرب للحقيقة منها الى الوطنيين وهذا دليل على أن أغلب اصابات الاجانب تبلغ الى قسم الصحة وأن معظمها لا يترك بدون علاج . ووجدت أيضاً أن عدد الاصابات التى اكتشفت بعد الوفاة بواسطة حضرات أطباء الاقسام هو ٣٣٢ اصابة من الوطنيين وأثنان فقط من الاجانب والباقى من عدد الاصابات وهو ٥١٠ بلغ عنه الى الصحة قبل الوفاة طبعاً ويوجد عدد عظيم جداً من الاصابات عدا ذلك لم يبلغ عنه (أنظر الجدول نمرة ٣)

ومن كل هذا العدد من الاصابات ٨٤٤ لم يعالج فى المستشفيات سوى ٣٢ حالة

عدد الاصابات والوفيات لسنة ١٩٢٥ مقسم على أقسام المدينة المختلفة

ظهر أن اكثر الاقسام اصابة هو قسم المنشية حيث بلغت فيه نسبة الاصابات الى ٩١ و٢٠ فى كل ١٠٠٠٠ ساكن ويليه قسم كرموز ثم محرم بك ثم اللبان ثم الرمل وأقل الاقسام اصابة هو العطارين حيث بلغت نسبة الاصابات فيه ٩ فى كل ١٠٠٠٠ ساكن (انظر الجدولين نمرة ٥ و٦) أما اكثر الاقسام فى الوفيات هو أيضا قسم المنشية ويليه كرموس ثم اللبان ثم المينا وأقلها العطارين ايضا وبالطبع لا يمكن فى هذه الحالة عمل استنتاج واضح عن السبب فى ذلك غاية ما هناك يمكننى أن أقول أن نسبة وفيات الاطفال من جميع الامراض على العموم فى هذه الاقسام التى أنتشرت فيها الحصبة بلغت أكثر من غيرها فى الاقسام الاخرى وأن اكثر تلك الوفيات كان نتيجة مضاعفات الحصبة وأن قسم العطارين الذى

بلغت فيه نسـبة الاصابات والوفيات أقل من الاقسام الاخرى هو قسم معظم سكانه من الاجانب

عدد الاصابات مقسم بالنسبة لعدد السكان

بلغت نسبة الاصابات لكل ١٠٠٠٠ من السكان ٣٤ و١٧ والوفيات ٤٢و٨ (انظر الجدول نمرة ٧) أما الدليل على وجود وباء شديد كامن فى سـنة ١٩٢٥ ولم يبلغ عن عدد اصاباته الحقيقى إلى قسم الصحة هو ارتفاع وفيات الأطفال من جميع الامراض لانها بلغت اكثر من المعتاد وخصوصاً الذين كان سنهم بين ١ ـ ٥ سنة فان عدد الوفيات من هذه السن بلغ ٦٤٤٣ وفاة يقابله فى سنة ١٩٢٤ ٣٢٥٨ وفاة أى بزيادة ٣١٨٥ فهذا الفرق العظيم يفسر بلا شـك وجود الوباء (انظر الجدول نمرة ٤) ومنه يتضح أن نسبة الوفيات فى الالف لمتوسط خمس سنين سابقة (من أول سنة ١٩٢٠ الى سنة ١٩٢٤) من سن سنة الى خمسة كانت ٧ فى الالف تقريباً يقابلها ٢ و ١٣ فى الالف فى سنة ١٩٢٥ فهذه الزيادة العظيمة ناتجة من مرض الحصبة

الوقاية .

لاتوجد احتياطات فعالة غالبا لوقاية الاطفال من الحصبة لأننا نعلم أن العدوى تحصل قبل ظهور الطفح أى قبل تشخيص المرض وطالما أتخذنا احتياطات شديدة فى هذا الوباء ولـكنها كانت بدون جدوى وخصوصاً أنه لا يمكن اقناع الام بفائدة عزل الاطفال المحصوبين عن الاصحاء اذ نراها بالعكس تتعمد مخالطة الاطفال بعضهم ببعض اعتقاداً منها أنه لابد من حصول العدوى

استعمال المصل الواقى من الحصبة .

كثر فى هذه الايام الكلام على استعمال المصل الواقى من الحصبة خصوصاً بعد أن توصل بعضهم الى اكتشاف ميكروبات قيل أنها المسببة لمرض الحصبة والقرمزية ومن هؤلاء العلماء (Cristina & Caronia) وهذه النظرية مبنية على حقن الاطفال بمصل دم المرضى الناقهين من الحصبة لاكتساب مناعة تقيهم خطر العدوى أو تخفف عنهم شدة المرض واحتمال مضاعفاته وارتباكاته اذا ما أصيبوا به وأول من فكر فى هذه الطريقة هما الاستاذان (Couseil & Nicolle) فى سنة ١٩١٨ ثم تلاهما الاستاذان (Coumer & Richard) فى سنة ١٩١٩ وقد اتبعت هذه الطريقة بنجاح فى امريكا وانجلترا ولكن وجد أن هذه الوقاية هى وقتية وليس محققاً أبديتها ولا يفيد الحقن بمصل الدم الا فى الاحوال المبكرة جداً أى فى خلال الاسبوع الاول لمدة التفريخ أما اذا تجاوز الحقن هذه المدة ففائدته تكون غير محققة أو معدومة بالمرة ووجدت صعوبات جمة فى سبيل استمرار هذه الطريقة بنجاح نظراً للاسباب الآتية :

أولا — أن كمية الدم اللازمة لفصل المصل منها كبيرة لا تقل فى كل مرة عن ٦٠ — ٨٠ س . م

ثانيا — يجب أن يستخرج الدم من أطفال أصحاء خالبين من الأمراض خصوصاً الزهرى والدرن وأن تكون أعمارهم فوق الثلاث سنوات وأن لا يكونوا أصيبوا بارتباكات نتيجة الحصبة

ثالثا — اذا وجد من صحت فيه تلك الشروط فكيف السبيل الى فصدهم ومن الذى يجبرهم على ذلك وعلى فرض وجودهم وتطوعهم بدمائهم لاقاربهم فلا سبيل لاخذ دمائهم لغير أقاربهم وعشيرتهم فلا ينقذنا حينئذ من هذه العقبات سوى وجود الطرق وتشجيع المعامل على تحضير مثل هذه الامصال وبيعها فى الاسواق

وقد انشئت بعض مراكز من هذا القبيل فى مدن باريس وميونيخ لاعطاء المصل فى الاحوال المستعجلة فقط وقد جمع أخيراً من هذا المصل مقدار قليل لا يكفى لتعميمه وانتشاره

وفى حالة عدم أمكان الحصول على دم المرضى الناقهين فيمكن استعمال الدم الطبيعى للبالغين الذين سبق اصابتهم بالحصبة وبعمل الحقن تحت الجلد أوفى العضل بمقدار علاجى قدره من ٣ — ٦ س . م بشرط أن لا يكون قد مضى على تعرض الشخص للعدوى اكثر من ثلاثة أو اربعة أيام ووجد أن الوقاية التى تكتسب بعد ذلك لا تزيد عن ٦ — ٨ اسابيع وتكون فائدتها اكثر فى المستشفيات منها فى المنازل وذلك لشدة المراقبة وتقدير مدة العدوى بالاختلاط واذا أصيب الطفل رغماً من ذلك فانما اصابته تكون خفيفة الوطأة حميدة العواقب هذا وان بعضهم يعتقد باحتمال اكتساب مناعة طويلة المدى

وقد تكتسب الوقاية أيضاً صناعيا بتلقيح افرازات الانف والحلق من المريض فى دور الهجوم أى قبل ظهور الطفح بمدة ٤٨ ساعة فى أنف الشخص المطلوب وقايته وقد وجد (Abt) أن هذه الطريقة تقى الاطفال لمدة طويلة ويجوز حصول تفاعل بعد هذه العملية ويعرف هذا التفاعل بظهور نقط طفحية على الجسم وارتفاع بسيط فى الحرارة بعد مضى ١٨ أو ١٦ يوما

واذا أصيب الطفل بعد هذه العملية فانما اصابته تكون بعد بلوغه السن الذى لا يخشى معه من خطر العدوى واننا نعلم أن الحصبة تكون شديدة الوطأة وخطرة على حياة الاطفال الذين عمرهم دون السنتين

وقد يجوز أيضا استعمال الحقن بالمصل الواقى فى الوريد وفى النخاع الشوكى بمقادير أقل مما يستعمل فى الحقن تحت الجلد

وقبل أن أختتم الموضوع أرى من الواجب على أن أشير إلى ذكر شيء من

التشخيص فى الحصبة . وان كان ذلك ليس مما يهم محاضرتنا الليلة انما أريد أن اذكر من باب العلم بالشىء وفى هذه الفرصة كلمة عن موقف الطبيب عندما يدعى إلى طفل وهو فى دور الهجوم أى قبل ظهور الطفح أو عند عدم امكانه اكتشاف اهم النقط المميزة للحصبة

فأقول أنه فى هذه الحالة لا يجب على الطبيب منا أن يعطى رأيه إلى أهل المريض عن نوع المرض قبل التحقق من علاماته خوفاً من ضياع ثقة الطبيب عند اهل المريض وهذه حقيقة اذكرها بلا وجل وقد شاهدتها شخصياً فى حالات كثيرة ولا أنسى منها ذكر المشاهدتين الآتيتين

أولا — سيدة وطنية تبلغ من العمر ٢٨ سنة تقريباً وكان يعالجها طبيبها الخاص من مرض الحمى المصحوبة بنزلة شعبية و بعد بضعة أيام من ظهور الحمى واشتداد الاعراض عليها دعيت صباحاً فوجدتها مصابة بحمى ٣٩° وعندها زكام والغاط مخاطية فى الرئتين واصمية فى الرئة اليمنى وعندما سئلت عن نوع المرض تسرعت بالاجابة فاعطيت رأيى بانها نزلة شعبية رئوية نتيجة انفلونزا وذلك لجلاء الاعراض ووضوحها أمامى ولم يخطر بذهنى أن ذلك كان دور الهجوم من الحصبة نظراً لعدم وجود علامات مميزة لذلك المرض فى هذا الوقت ولأن المريضة قد تجاوزت السن المعلوم للحصبة ثم تركت المريضة بعد أن اشرت على أهلها بالاستمرار على علاج الطبيب المعالج و بعد مضى عشرة أيام قابلنى زوجها محتداً وقال لى بتهكم كيف تدعى وتقول أن المرض كذا مع أنه ظهر فى اليوم الثانى طفح وشخص المرض حصبة فحاولت اقناعه ولكنه لم يرض أن يفهم أو يتفاهم واصرّ على أنى مخطىء فى التشخيص

المشاهدة الثانية — دعيت ليلا فى الساعة ١١ مساء على وجه السرعة لمشاهدة طفلة نمساوية تبلغ من العمر سنتين تقريباً وكان يعالجها طبيبها الخاص باعتبار انها

حمى تيفودية فوجدت على رأسها الثلج ورأيت جسمها محاطا باللفائف المثلجة وبعد أن فحصت الطفلة جيداً وتفرست فى وجهها وجدت ابتداء ظهور نقطة طفحية خفيفة وراء الأذن وحوالى الفم ولما كان ذلك وقت اشتداد وباء الحصبة اعطيت رأيى على الفور إنها حصبة فولولت الأم وصارت تلوم الطبيب المسكين على وصفة الثلج ورأيتها ترمى الثلج بغضب وأشعلت النار من نفسها لتدفئة الغرفة فقلت لها انى أرغب فى مقابلة الطبيب المعالج لنتفاهم سوياً وفعلا قد حضر الطبيب واتفقنا على تشخيص المرض بالحصبة وطبعاً هذا الطبيب كان يعالج دور الهجوم باعتبار انه حمى تيفودية

فمن هاتين الحالتين يتبين لحضراتكم كيف تضيع ثقة الطبيب بين قوم لا يفقهون الموقف الدقيق وصعوبة التشخيص فى الأمراض وما علينا نحن معشر الاطباء فى مثل هذه المواقف إلا التأنى فى اعطاء الرأى للتحقق من التشخيص غضب القوم منا أم رضوا

كشف عن بيان إصابات ووفيات الحصبة سنة ٩٢٥ شهريا

جدول (١)

التاريخ	الاصابات	الوفيات
شهر يناير	١	—
« فبراير	—	—
« مارس	٤	—
« ابريل	٧	٢
« مايو	١٦	٤
« يونيو	٤٨	١٤
« يوليو	١٥٧	٨٣
« أغسطس	١٥٥	٩٧
« سبتمبر	٩٨	٦٥
« أكتوبر	١٠٣	٥٨
« نوفمبر	١٠٧	٤٢
« ديسمبر	١٤٨	٤٥

كشف عن بيان عدد أصابات الحصبة التى عولجت بقسم مينا البصل

ونسبة الارتباكات لعدد الاصابات ـ ابتداء من ١/٩/ ٩٢٥ لغاية ٣١ / ٣ / ٩٢٦ ـ وبيانه

جدول (٢)

عدد		
١٠	إصابات بدون ارتباكات بنسبة	٧٫٤ ٪
٥٥	اصابة بمضاعفات الدوسنطاريا «	٤١٫٦ ٪
٢٥	اصابة « النزلة الشعبية «	٢٠٫٥ ٪
١٨	« « « المعوية «	١٣٫٢ ٪
٨	اصابات « الضعف العام «	٦٫٣ ٪
٧	« « نزلة شعبية ومعوية «	٥٫٤ ٪
٤	« « « « ودوسنطاريا «	٢٫٨ ٪
٣	« « التهاب كاوى «	٢٫٢ ٪
١	اصابة « اتربسيا «	٠٫٧٥ ٪
١٣١		

احصائية عن مرض الحصبة لسنة ١٩٢٥ باسكندرية (جدول ٣)

مقسمة على الاعمار

العمر	عدد الاصابات	عدد الوفيات	نسبة الوفيات الى الاصابات فى المائة	ملاحظات		
				عدد		
أقل من سنة	٤٠	٣٠	٧٥	١٠٠	عدد اصابات الاجانب	أولا
من سنة الى أقل من ٢ سنة	٢١١	١١٧	٥٥٫٤	٧٣٩	« « الوطنيين	
« ٢ سنة « « « ٣ «	٢٠٩	١١٤	٥٤٫٥	٢	« « اجانب من الخارج	
				٣	« « وطنيين « «	
				٨٤٤		
				عدد		
« ٣ « « « « ٤ «	١٤٦	٧٣	٥٠	٥	« المتوفين أجانب	ثانياً
« ٤ « « « « ٥ «	٧٢	٣٦	٥٠	٤٠٥	« « وطنيين	
				٤١٠		
				نسبة		
« ٥ « « « « ٦ «	٥٢	٢١	٤٠٫٣	٥	نسبة المتوفين الاجانب للمرضى فى المائة	ثالثاً
« ٦ « « « « ٧ «	٣٢	٥	١٥٫٦	٥٤٫٨	« « الوطنيين « « «	
				عدد		
« ٧ « « « « ٨ «	١٧	٢	١١٫٧	٨١٢	عدد من تعالجوا بالمنازل	رابعاً
« ٨ « « « « ٩ «	١٥	٥	٣٣٫٣	٣٢	« « « بالمستشفيات وبيانه	

تابع احصائية جدول (٣)

العمر	عدد الاصابات	عدد الوفيات	نسبة الوفيات الى الاصابات فى المائة	ملاحظات	
					الميرى ١١ اليونان ١٠ الايطالى ٨ الاوربى ٢ الانجلوسويس ١
من ٩ سنة الى أقل من ١٠ سنة	١٠	١	١٠	عدد ٢٥١	بلاغ عن اصابات حصبة تحت العلاج بالمنازل بواسطة أطباء وطنيين منهم ١٢٦ من عيادة الاقسام خامساً
« ١٠ « « « « ١١ «	٨	٢	٢٥	٢٢٧	بلاغ عن اصابات حصبة تحت العلاج بالمنازل بواسطة أطباء أجانب منهم ٥٦ من عيادة الاقسام
« ١١ « « « « ٢٠ «	٢٣				
« ٢٠ « « « « ٣٠ «	٨	٤	٥٠	عدد ٣٣٢	بلاغ عن اصابات حصبة وجدت عند الكشف على الجثة بعد الوفاة بواسطة أطباء الاقسام
« ٣٠ « « « « ٤٠ «	١			٢	بلاغ عن اصابات حصبة من الاجانب وجدت عند الكشف على الجثة بعد الوفاة بواسطة أطباء الاقسام
المجموع	٨٤٤	٤١٠	٤٨٫٥		

جدول (٤) — نسبة الوفيات من جميع الامراض مقسمة على الاعمار

سنة ١٩٢٥

التاريخ	عدد السكان	من صفر — سنة		من سنة — خمس		من خمس — عشرة		من عشرة فما فوق		الجملة	
سنة		عدد الوفيات	النسبة فى الالف	عدد الوفيات	النسبة فى الالف	عدد الوفيات	النسبة فى الالف	عدد الوفيات	النسبة فى الالف	عدد الوفيات على العموم	الوفيات النسبة فى الالف لعدد السكان
١٩٢٠	٤٤٥٧٠٠	٤ر٥٤٧	١٠ر١	٢ر٦٤١	٥ر٩	٣٩٤	٠ر٨٨	٦٨٥١	١٥ر٣	١٤٤٣٣	٣٢ر٢
١٩٢١	٤٤٩٣٠٠	٤٥٦٦	١٠ر١٣	٢٦٤١	٥ر١٠	٣٤٤	٠ر٧٦	٥٥٩٨	١٣ر٢١	١٣١٤٩	٢٩ر٢
١٩٢٢	٤٥٦٣٠٠	٤٤٩٠	٩ر٨١	٢٧٧٦	٦ر٠٧	٢٣٩	٠ر٥٢	٥١٠٦	١١ر٢٠	١٢٦١١	٢٧ر٦
١٩٢٣	٤٦٦٧٠٠	٥١٩٠	١١ر٠٨	٥١٤٨	١٠ر٩٩	٢٣٨	٠ر٥٠	٣٧٠٠	٧ر٩٣	١٤٢٧٦	٣٠ر٥
١٩٢٤	٤٧٧١٠٠	٥٢٠٦	١٠ر٨٨	٣٢٥٨	٦ر٨٠	٢٠٦	٠ر٤١	٥٢٥٠	١١ر٠١	١٣٩٢٠	٢٩ر١
المتوسط			١٠ر٤		٦ر٩٧		٠ر٦١		١١ر٧٣		٢٩ر٧
١٩٢٥	٤٨٦٦٠٠	٥٣٣٠	١٠ر٩٢	٦٤٤٣	١٣ر٢١	٢٧٤	٠ر٥٠	٥٦٠٩	١١ر٥٧	١٧٦٥٦	٣٦ر٢

سنة ١٩٢٥ — نسبة اصابات الحصبة الى كل ١٠٠٠٠ من السكان مقسمة على أقسام المدينة

جدول (٥)

نسبة الاصابات الى كل عشرة آلاف من السكان	المتوسط فى المدينة	قسم الجمرك	قسم المنشية	قسم اللبان	قسم العطارين	قسم المينا	قسم كرموس	قسم محرم بك والحضرة	قسم الرمل
	١٧ر٣٤	١٧ر٢٢	٢٠ر٩١	١٨ر١١	٩ر٠٢	١٤ر٥٠	٢٠ر٥٨	٢٠ر١٩	١٣ر٨٨
		٥	١	٤	٨	٩	٢	٣	٧

سنة ١٩٢٥ — نسبة وفيات الحصبة الى كل ١٠٠٠٠ من السكان مقسمة على أقسام المدينة

جدول (٦)

نسبة الوفيات الى كل عشرة الاف من السكان	المتوسط فى المدينة	قسم الجمرك	قسم المنشية	قسم اللبان	قسم العطارين	قسم المينا	قسم كرموس	قسم محرم بك والحضرة	قسم الرمل
	٨ر٤٢	٥ر٥٩	١٣ر٠٧	١٢ر١٣	٢ر٠٦	١٠ر٤٥	١٢ر٨٧	٤ر٦٦	٤ر٤٤
		٥	٠	٣	٨	٤	٢	٦	٧

جدول يبين نسبة الوفيات بمرض الحصبة فى الماية ونسبة الاصابات والوفيات لكل ١٠٠٠٠ من السكان سنة ١٩٢٥

جدول (٧)

نوع المرض	الوفيات في الماية	عدد الاصابات	الاصابات لكل ١٠٠٠٠ نسمة	عدد الوفيات	الوفيات لكل ١٠٠٠٠ نسمة
الحصبة	٤٨ر٥٧	٨٤٤	١٧ر٣٤	٤١٠	٨ر٤٢

واجبات الطبيب

محاضرة القاها فى الجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية يوم ٢٤ نوفمبر سنة ١٩٢٦

الدكتور عزيز عبد المجيد

اعتذار ـ طلب منى سكرتير الجمعية الدكتور عبد الواحد الوكيل من أيام قليلة أن ألقى محاضرة فلم يسعنى الا الامتثال وجعلت أبحث فى معارفى العلمية فوجدت أنى خالى الوفاض امام بحار علومكم الزاخرة وأخيراً رأيت أن أخاطبكم فى موضوع واجبات الطبيب أو ما يعبرون عنه بالافرنكية Déontologie فاذا وجدتم أنى أضعت عليكم وقتكم الثمين سدى فالمسؤلية على الدكتور عبدالواحد

كلمة Déontologie مأخوذة عن اليونانية ومعناها علم الواجبات ولكنهم جعلوها تشمل الحقوق أيضاً . كنت ولا أزال أقرأ بتلهف كل ما تقع يدى عليه من الكتب والمقالات فى هذا الموضوع وذلك لأنهم أغفلوه أغفالا تاماً فى بروجرام مدرسة الطب حتى لا يؤتى له بذكر بالمرة اللهم الا كتاباً صغيراً وزعوه علينا تأليف الدكتور عبد العزيز بك نظمى وأظن أن كثيراً من التلاميذ لم يقرأه ومن ضمن ما قرأت رواية تمثيلية اسمها Le caducée تأليف الدكتور البارون هنرى دي روتشيلد الملقب نفسه بأندريه باسكال André Paseal وقد شهدتها تمثل فى الاسكندرية وكلها عظات وعبر فيما يختص بتعاطى صناعة الطب ثم قرأت أيضاً كتابا قيما تأليف الدكتور Le Gendne ومنه أقتبست كثيراً مما سأتلوه على مسامعكم الليلة

قلت أن هذا العلم قد أغفل اغفالا تاماً من التعليم الطبى حتى القسم المعروف

بقسم أبقراط الذى كان يقسمه خريجوا المدرسة عند تسلم شهاداتهم أصبح من المهملات واليكم نصه : —

« أقسم بالله العظيم و بنبيه الكريم أنى أكون أميناً حريصاً على شروط الشرف والسر والصلاح فى تعاطى صناعة الطب وأن أسعف الفقراء مجاناً ولاأطلب أجرة تزيد عن عملى وأنى اذا دخلت بيتاً فلا تنظر عيناى ماذا يحصل فيه ولا ينطق لسانى بالاسرار التى يأتمنونى عليها ولا أستعمل صناعتى فى افساد الخصال الحميدة ولا أعاون بها على الذنوب ولا أعطى سماً البتة ولا أدل عليه ولا أشير به ولا أعطى دواء فيه ضرر على الحوامل ولا اسقاط لهن وا كون موقراً وحافظاً للمعروف مع من علمونى ومكافئاً لأولادهم بتعليمى أياهم ما تعلمته من آبائهم فما دمت حريصاً على عهدى وأميناً على يمينى فجميع الناس يعتبروننى و يوقروننى وان خالفت ذلك اكون المرذل المحتقر والله شهيد على ما أقول »

الطب بالاجماع أشرف مهنة فى الوجود وعمل الطبيب يجعله متصلا اتصالا وثيقاً بالناس من جميع الطبقات فانلم يكن مثالا للنزاهة والاستقامة ضاعت ثقة الناس منه ونحن فى مصر أحوج الى تلك الصفات منا فى أى بلد آخر لأن بلادنا ملأى بالاطباء الاجانب وقد برهنا نحن الاطباء الوطنيين فى كثير من المواقف على كفاءة علمية لاتقل عنهم بل كثيراً ما تزيد فيجب أن نبرهن اننا لسنا أقل منهم حرصا على آداب المهنة وواجباتها حتى نسبقهم بمنافستنا لهم منافسة شريفة وهى التى لا ترتكز إلا على الكفاءة العلمية والاخلاقية . وبهذه المناسبة أقول أن الطب يجب أن يكون أرقى من أن ينحط الى مستوى التجارة فيتشبه بها فى الاعلانات فى الجرائد وخلافها ومن الغريب المدهش انى سمعت فى أحيان متعددة منادين ينادون إعلاناً لبعض الاطباء وأرى انه يجب أن يسن قانون يحرم الاعلان بأى نوع كان تحريماً قاطعا كما هو الحال فى بلاد الانجليز وكثير من الدول المتمدينة

الاخرى . كذلك الاستعانة بالسماسرة لجلب المرضى من الطرق التى يجب أن يترفع عنها كل طبيب يشعر بشرف مهنته بل لتكن نتيجة عمل الطبيب هى الاعلان الوحيد له ولا يكون له وسطاء سوى مرضاه الذين شفوا على يديه

ورب قائل يقول وما الذى يعمله الطبيب المبتدىء فانه اذا انتظر حتى تظهر نتيجة عمله للناس طال به المطال ولكنى أجيب أن الشهرة التى ترتكز على الاعلانات والسماسرة اذا أتت كان مثلهامثل النار فى الهشيم تشتعل حالا ولكنها لا تلبث أن تخمد حالا ولا يبقى لها أثر أما بدون تلك الطرق فالسير فى طريق النجاح مضمون وان يكن فى بعض الاحوال بطيئاً (Slowly but surely) ما دامت الاستقامة رائد الطبيب ومعلوماته ليست دون المتوسط . وقد تسألوننى ماذا يعمل الطبيب المستجد فى عيادته حيث لا مرضى يشغلون وقته فانه لا شك يسأم فأجيب أن ليس للسآمة سبيل الى من يحب صناعته فهواذا أراد صرف وقته فى مطالعة الكتب والمجلات الطبية ولا سيما فيما يتعلق بموضوع مرض رآه أخيراً أو مشاهدة عثر عليها وكذا يمكنه أن يجعل لنفسه شبه فارما كوبيا خاصة لعلاج الامراض التى يكثر انتشارها فى بقعة عمله فذلك مما يسهل عليه كثيراً فى كتابة التذاكر لمرضاه أما الذين لاميل عندهم لصناعة الطب بل اختاروها حباً في الكسب فقط فقل على هؤلاء العفاء و بشرهم أن لا نجاح لهم ينتظر اذ أن مهنتنا ليست من المهن التى تجلب الثروة بل هى مهنة كلها تعب وشقاء وخدمة انسانية محضة

ولا يجب أن يكون للطبيب غير الثلاثة اغراض الآتية : وهى ثقة مرضاه ومحبة واحترام زملائه وكسب يكفى لعيشة متوسطة بناء عليه يجب أن يعمل جهده فى تخفيف آلام المريض الذى يؤتى اليه به سواء كان غنياً قادراً على دفع الاتعاب أم فقيراً غير قادر ولكن هناك فئة من الناس وهم لحسن الحظ قليلون يقدرون على

الدفع ولكنهم على مايظهر لا يفهمون أن لكل عمل أجراً فهؤلاء لا يجب معاملتهم معاملة الفقراء بل يجب تفهيمهم واجبهم برفق وسيجىء الكلام فى موضوع الاتعاب فيما بعد

وبما أن الصحة أهم شىء لدى الانسان والطبيب رسولها كانت كل كلمة تخرج من فمه تلتهم التهاماً وان لم يكن غرضه منها واضحاً وضوحاً تاما ذهب الحاضرون فى تأويلها على مقدار عقليتهم وربما نشأ عن ذلك سوء تفاهم قد يؤثر على صحة المريض وعلى سمعة الطبيب وعلى ذلك وجب على الطبيب أن لا يكون كثير الكلام ولا أن يتطوع لاعطاء تشخيص أو انذار الا فى الحالات التى لا تقبل الشك ثم غنى عن البيان أن المعاملة تختلف باختلاف الطبقة التى منها المريض من الوجهة الاجتماعية والعلمية وباختلاف السن والنوع الى آخره والحكاية الآتية ولو انها خرافية إلا انها تمثل ذلك بشكل واضح : زعموا أن لقماناً كان يعالج مريضا من أكابر قومه بالحجامة الرطبة فلم يخرج من المريض دم كاف فعمد لقمان الى صفع المريض صفعة مرة استشاط منها غضبا وتهيج دمه فبرز الدم من محل الحجامة بمقدار وافر وكان هذا امام أحد تلاميذ لقمان وبعد حين حضر مريض آخر للتلميذ فى غياب معلمه وكان هذا المريض من الصعاليك وأراد التلميذ أن يحجمه ولكن لم يبرز منه دم كما حصل فى الحالة الأولى فعمد الى صفعه كما رأى معلمه يفعل فقبل المريض الصفع بكل هدو ولكن بلا جدوى بالنسبة للحجامة!

ومن نكد الدنيا على الطبيب انه لا يمكنه التخلص من صنعته الطبية بأى حال من الاحوال فأينما وجد وعلم من حوله أنه طبيب انهالت عليه الاسئلة من كل صوب وناحية وتلك الاسئلة تكون غالباً بشكل عام مبهم يصعب الاجابة عليه بالدقة الكافية واذا لم نحترس فى أجوبتنا احتراساً تاما قد نأتى باهانة لزميل أو للمهنة باكملها بدون أن نشعر واذا رفضنا الاجابة أتهمونا بالكبر والغلظة وعلى

ذلك يكون خير السبل للخروج من مثل هذه المآزق هو تحويل مجرى الحديث على قدر الامكان الى مواضيع تفيد الجمهور بدون أن تحرجنا كطرق الوقاية من بعض الامراض واتباع قوانين الصحة والابتعاد عن المسكرات والمكيفات وغير ذلك ثم يجب علينا أن نتجنب جهد الطاقة التحدث عن مرضى عياداتنا أمام جمهور الناس من غير الزملاء حتى مع اغفال ذكر الاسماء لانه قد يكون بين السامعين من يعرف المريض موضوع الحديث فيستنتج أنه هو من سياق الكلام وفى ذلك افشاء للسر . كذلك لايجوز أن نتحدث عن المناقشات الفنية أمام العوام لئلا يقل اعتقادهم فى الطب ويصغر في نظرهم . ثم الحذر كل الحذر من أن نأتى بسيرة أى زميل من الزملاء مهما كانت الظروف وبأى حال من الاحوال واذا ذكر اسم أحدهم أمامنا ان بخير وجبت الموافقة وان بسوء وجبت المدافعة مع توخى الاختصار فى كلا الحالتين دفعا للمناقشات ولا ننسى أنه اذا أردنا احترام الناس لنا وجب علينا أولا احترام بعضنا البعض

كذلك لاأرى أن يكون الاطباء من المتحمسين في المسائل السياسية والحزبية ولست أقصد بذلك أن يكونوا على الحياد التام فلا يكون لهم رأى سياسى بل ليكن ذلك بحزم وروية

ذكرت فيما مضى القواعد العامة التى يجب أن يسير عليها الطبيب فى معاملاته وننتقل الآن الى بعض الظروف الخاصة

التشخيص — المريض الذى يضع نفسه بين يدينا له كل الحق فى أن يطالبنا بفحصه فحصاً تاماً وبكل ما انتج العلم من طرق حتى نصل الى تشخيص صحيح وبالتالى الى علاج مفيد فمثلا يجب الاستعانة بالتحاليل الكيماوية والبكتريولوجية وبالفحص بأشعة رونتجن كلما كان هناك لزوم لذلك ولكن هنا تعترضنا عقبة فى سبيلنا وهى عقبة المصاريف فكثيراً ما يكون المريض فقيراً لايقدر عليها وهذه

العقبة تذليلها من واجبات الحكومة والمجالس البلدية والجمعيات الخيرية ولكن علينا نحن فى ذلك واجب وهو الفات الانظار والمطالبة بفتح المعامل ومعاهد الاشعة مجانا لخدمة الفقراء وعلى ذكر التشخيص أقول أنه لايجب التسرع فى اعطائه بل يجب التمهل حتى تنجلى الحالة حتى لا يبقى فيها شك وعدم اتباع هذه النصيحة كان سبباً فى نزع الثقة من كثير من الاطباء بدون مسوغ

الانذار — من أهم الامور التى تتوقف عليها الثقة فى الطبيب الانذار الصحيح وقد يكون هذا من أصعب الامور ولا سيا أن اهل المريض قد يلحون الحاحاً و يلحفون فى السؤال ويطلبون جوابا صريحاً فى الحال وعليه لانكون مبالغين مهما احتطنا وتحفظنا فى اعطاء الجواب ولكن هناك حالات من البساطة بمكان يسمح لنا أن نعطى انذاراً حسنا بدون تردد وفى هذه الاحوال لايجوز للطبيب أن يظهر أمام أهل المريض أن الحالة ذات أهمية كبرى لكى يكون له الفخر عند الشفاء فعلاوة على كون هذا العمل ضرب من ضروب التدجيل فانه سريعا ماينكشف الامر وتظهر حقيقة الحال ثم فى الحالات الخطرة مهما كانت شدة تلك الخطورة يجب علينا أن نظهر أمام المريض نفسه بمظهر المُطَمْئن المشجّع لان الخوف من الموت لايمكن أن تتغلب عليه شجاعة أعظم الشجعان ولكن لايجب إخفاء الامر على أهل المريض من الرجال حتى يكونوا على استعداد لما سيحدث

العلاج — قد نوهت بفائدة عمل فارماكوبيا خاصة لعلاج الامراض الكثيرة الحدوث فى الجهة التى يشتغل بها الطبيب لكى تكون أساسا يبنى عليه ما يشاء من التغييرات والاضافات التى تناسب كل حالة على حدتها . وفى كتابة التذكرة يحسن كتابة التعليمات باللغة التى يفهمها المريض أو أهله (العربية غالبا فى بلادنا) وغنى عن البيان أن تكون التذكرة بخط يقرأ وعلى سبيل الفكاهة اذكر الحكاية الآتية :

عمل أحدهم فى باريس مأدبة لبعض أصدقائه ومعارفه ومنهم طبيب ولكن طرأ على ذلك الطبيب مانع قهرى فى آخر لحظة كاسعاف مريض مثلا فاخرج ورقة من دفتر تذاكره وكتب عليها بضعة أسطر وأرسلها الى صديقه صاحب المأدبة فاجتهد هذا أن يقرأ الورقة فلم يفلح ولكنه عرف بداهة أنها للاعتذار ولكنه لازال مصراً على معرفة مافيها بالضبط فقال فى نفسه لابد أن الاجزاجية يعرفون قراءة خطوط الاطباء فذهب واعطاها الى أحد الاجزاجية فأخذها هذا ودخل الى داخل أجزاخانته وغاب وقتاً قصيراً ثم خرج حاملا زجاجة دواء وقال تأخذ منها ٣ ملاعق فى اليوم والثمن ٥ فرنكات ! ثم هناك مسألة فى غاية الأهمية الا وهى مسألة الادوية الجاهزة فالبريد يمطرنا اليوم مالا يعد ولا يحصى من الاعلانات والعينات ولكن اعتقادى أن قليلا جداً من تلك الادوية يستحق الالتفات ومن رأيى أنه لايجوز استعمال الادوية الجاهزة الا ما كان منها مذكوراً عليه محتوياته بالمقادير على شرط أن يكون من تحضير المعامل المشهورة ذات السمعة الحسنة وقد سمعت بعضهم يقول أنه يفضل الادوية الجاهزة على المحضرة اتقاء لغش الاجزاجية ولكنى أظن أنه يندر وجود اجزاجى يجرأ على ذلك

وعلى ذكر الاجزاجية أقول أن كل اتفاق بين الطبيب والاجزاجى مذموم جداً بمعنى انه إذا اتفق طبيب مع اجزاجى بأن يرسل الأول للثانى كل تذاكره ويدفع الثانى للأول فى مقابل ذلك كذا فى المائة من ثمن الأدوية المباعة كان اتفاقهما هذا على حساب المريض المسكين لأن النسبة المئوية التى يدفعها الاجزاجى للطبيب لايعطيها له الا إذا كان قد أخذها من المريض علاوة على ثمن الدواء المعتاد وهذا طبعاً غير جائز مطلقاً إذ المريض يكفيه عذاب مرضه ومصاريف علاجه القانونية. وعلاوة على ذلك فحب المال قد يدفع بعضهم إلى أن يصف من الأدوية ما يزيد عن حاجة المرضى أو ما يكون ذا ثمن مرتفع لكى بذلك يزداد نصيبه فى

الارباح وبالاختصار لا يُعبّر عن هذا العمل الا بكونه اتفاقا بين الطبيب والاجزاجى على سلب مال المريض . كذلك لا يتفق مع شرف المهنة أن يعمل الطبيب عيادة مجانية فى اجزاخانة ثم يتقاضى من صاحب الاجزاخانة جُعلاً خاصاً على ثمن التذاكر فما المجانية فى هذه الحالة إلا مجانية كاذبة ومن رأيى أنه لا يصح أن يتخذ الطبيب اجزاخانة خاصة يضطر مرضاه أو ينصحهم بالذهاب اليها دون سواها بل يجب أن يترك المريض حراً فى شراء دوائه من حيث شاء . أما من جهة الأدوية التى تلزم الطبيب له شخصياً أو لعائلته فالمعتاد أن يبيعه الاجزاجى أياها بثمن مخفض ولكن لا يصح أن يقبلها الطبيب مجاناً . كذلك يعالج الطبيب الاجزاجى وعائلته مقابل اتعاب مخفضة جداً ولكن ليس مجاناً

بعد هذا ننتقل إلى نقطة هامة جداً من موضوعنا ألا وهى نقطة السر الطبى.

أجمعت قوانين العالم من قديم الزمان إلى يومنا هذا على وجوب كتمان السر الطبى وقانون العقوبات المصرى يقول فى المادة ٢٦٧ ما يأتى نصه : — « كل من كان من الاطباء أو الجراحين أو الصيادلة أو القوابل أو غيرهم مودعاً اليه بمقتضى صناعته أو وظيفته سر خصوصى اؤتمن عليه فأفشاه فى غير الأحوال التى يلزمه القانون فيها بتبليغ ذلك يعاقب بالحبس مدة لا تزيد عن ٦ شهور أو بغرامة لا تزيد عن ٥٠ جنيها ولا تسرى احكام هذه المادة الا فى الأحوال التى لم يرخص فيها قانون بأفشاء أمور معينة كالمقرر فى المواد ٢٠٢ و٢٠٣ و٢٠٤ و٢٠٥ من قانون المرافعات فى المواد المدنية والتجارية » ولو أن المادة تقول « مودعاً اليه » غير أن المفسرين ادمجوا الحالات التى فيها يكون الطبيب عرف سراً بطريق الصدفة فى أثناء تأدية صناعته بدون أن يودعه أياه أحد هذا مع العلم بأن الحكم بالحبس أو بالغرامة المذكورة فى المادة لا يعفى مطلقاً من الحكم بتعويض مدنى مقابل الضرر الذى يلحق صاحب السر وحتى فى احوال الامراض المعدية التى نحن فيها ملزمون بتبليغ الادارة الصحية

فان هذا التبليغ لايحلنا من السر أى أن المريض لايزال يطالبنا بكتمان سره عن الغير حتى بعد التبليغ القانونى للجهات المختصة ثم ان مجرد تصريح صاحب الشأن لنا بالافشاء لايعفينا من المسؤولية لأنه اذا اراد أن يفشى سر نفسه فليقم هو ذاته بهذه المأمورية . واذا تعارض قانون وجوب الكتمان مع قانون التبليغ كمثل حالات الجنح والجنايات يجب اتباع الأول أى قانون الكتمان الا فى احوال تبليغ الادارة الصحية عن الأمراض المعدية . وفى غالب الاحيان يكون الأمر واضحاً والكتمان واجبا عرفا وقانونا ولكن هناك حالات تدعو الى امعان النظر بل الى الحيرة منها حالات الامراض الزهرية فاذا أراد شاب مريض بالزهرى ولم يشف منه الا فى الظاهر أن يتزوج بالرغم من نصائح طبيبه ثم اتى اهل خطيبته لكى يسألوا الطبيب عن رأيه فماذا يكون جوابه ؟ قد تضاربت الاقوال فى ذلك فالبعض يقول بلزوم الكتمان مهما تكن النتائج والبعض الآخر يقول بالاباحة مع ما فيها من مسؤولية تخليصا لحياة فتاة بريئة من الامراض والعذاب ولكنى أرى انه لايمكن اعطاء قاعدة عامة تشمل الجميع بل تعامل كل حالة على حدتها على حسب الظروف المحيطة بها . هذا واذا احضر رجل زوجته لأحد الاطباء وكان هذا الرجل مصابا بزهرى قديم ونقل العدوى الى امرأته بدون علمها فهل للطبيب الحق أن يكاشف المرأة بحقيقة الأمر لكى تهتم بالاستمرار فى العلاج أم يتركها على جهلها وقد ينتج عن ذلك اهمالها العلاج على ما فيه من خطر عليها وعلى نسلها اظن أن احسن الطرق هى أن يجتهد الطبيب فى أن يقنع الزوج بأن يقول الحقيقة لزوجته

ثم كثيرا ما يؤتى للطبيب بامرأة مرضع للكشف عليها ومعرفة ان كانت مصابة بامراض قد تنتقل الى الرضيع ففى الحالة هذه أرى أن السر ليس ملك المرأة بل ملك الذى أحضرها وعلى ذلك لاجناح علينا اذا كاشفناه بالحقيقة ولكن فى امكاننا أن ننصحه بعدم قبول المرأة كمرضع بدون ابداء اسباب

أما فيما يختص بالسر الطبى بين الخدم ومخدوميهم فاليكم مثال حصل معى أخيراً : —

حضرت عندى سيدة أجنبية ومعها خادمتها بنت مصرية وطلبت منى فحصها لان عندها سعال مزمن ففحصت الخادمة المذكورة ووجدت السعال الذى عندها نتيجته التهاب بسيط فى الحلق ولكنى وجدت أنها حامل فى حوالى الشهر الخامس فقلت ذلك للبنت فى أثناء الكشف فقالت وما العمل قلت ان أحسن طريقة هى ان تنتظر حتى يتقدم الحمل ثم تدخل أحد المستشفيات بحجة مرض من الامراض وتخرج منه بعد تمام الوضع ويبقى الامر مكتوماً فرجتنى أن لا أبوح بشىء لاسيادها وبعد ذلك سألتنى سيدتها عما عندها فقلت التهاب بسيط فى الحلق ولا خوف منه لاجلها ولا على من هم حولها ووصفت لها أن تمس الحلق بصبغة اليود فقالت السيدة ولكنى لاحظت أن الحيض منقطع عنها من بضعة شهور فقلت انى لا أعرف شيئاً عن ذلك وأن فحصى اقتصر على أمر السعال وبعدها حضر زوج السيدة وكرر علىّ الاسئلة فكانت اجابتى (لا أعرف) فذهبوا ولم يعودوا ولكنى علمت فيما بعد بما حصل : —

أنقطعت البنت فجأة عن منزل سيدها ولم يكن لها فى البلد أهل ثم بعد أسبوع وجدوها عائدة راكبة عربة وحدها وهى فى النزع ومكثت ساعتين ثم ماتت وأعترفت لسيدتها قبل أن تموت أنها حامل ذهبت الى منزل أحدى القوابل فعملت لها عملية الاجهاض فمرضت مرضاً شديداً (ربما انتج عندها التهاب بريتونى أو حمى نفاس) ولما وجدت القابلة المجرمة أنها على وشك الموت وضعتها فى عربة وأعطت للسائق عنوان منزل مخدومها وتركتها ولسوء الحظ ماتت تلك المسكينة بدون أن تقول على من قتلوها . وقد لامتنى السيدة وزوجها على كتمانى عنهم حقيقة الحال وقالوا انهم لو علموا بها لكان فى امكانهم منع ما حدث وانى لا أدرى ماذا كان يجب أن أفعل غير ذلك .

أتعاب الطبيب : سبق القول أن الطب لا يجب أن ينزل الى مستوى التجارة وعلى ذلك لا تكون الاتعاب ثمناً لما يعطيه الطبيب من العلاجات والنصائح والصحة لا تقدر بثمن ولـكن من الجهة الاخرى للطبيب أن يعيش من صناعته تلك الصناعة التى ما نالها الا بشق الانفس و بعد أن صرف فى الحصول عليها أبهج سنىّ حياته بناء عليه لا يكون لاتعاب الطبيب قيمة مقررة بل تختلف تبعاً لقدرة المريض المالية ومركزه الاجتماعى والوسط الذى يعيش فيه الطبيب الى آخر ما هنالك من الظروف وأظن أن خير ماأفعل فى شرح موضوع الاتعاب هو أن آتى بمقتطفات من مشروع قانون كانت وضعته لجنة من الاطباء فى فرنسا كلفت بهذا العمل فى سنة ١٩٠٤ : —

أحكام عامة : يوجد بين الطبيب والمريض عقد معنوى ليس من التجارة فى شىء فالطبيب لا يبيع علومه ومعارفه . والعلاج الذى يعطيه والنصائح التى يبديها والشجاعة وانكار الذات التى هى من الزم صفاته لا يمكن أن تكفى فيها أى مكافأة مادية ولو أن هذه المـكافأة المادية من حقوقه التى لاتنكر ولا تتوقف قيمتها على مقدار الخدمات التى قام بها الطبيب وعلى ثروة المريض فحسب بل على مركز الطبيب الاجتماعى وعلى مقدار الخدمات التى يؤديها مجانا للفقراء والمحتاجين ويجب أن يكون الطبيب دائما شاعراً بسمو شرف الصناعة فلايطالب من الاتعاب بما يزيد على مقدار عمله مراعاة للظروف المحيطة ولا يجب أن ينسى أن مهنته تحتم عليه أن يضع علومه ومعارفه تحت تصرف الفقراء بدون مقابل ولـكن من الجهة الاخرى لا يجوز له مطلقاً أن يجتهد فى جلب الزبائن بتنزيل قيمة أتعابه الى أقل من المعتاد عند زملائه الذين هم من طبقته . وغير جائز أيضاً أن يتقاسم الطبيب المعالج والطبيب أو الاطباء المستشارين الاتعاب فيما بينهم بدون علم المريض أوأهله

مادة ٥٦ — لايجوز بأى حال من الاحوال المساومة بين الطبيب والمريض

مادة ٥٨ — يحرم على الطبيب تحريما قاطعا استعمال الاعلانات بأى شكل أو من أى نوع كان كذلك لا يجوز له أن يعلن عن مقدار الاتعاب التى يأخذها

مادة ٥٩ — لا يجوز عمل مقاولات فى علاجات الامراض الباطنية وذلك لعدم امكان التأكد من المستقبل فى أغلب الاحوال

مادة ٦١ — يكون من المستحسن على قدر الامكان ان يأخذ الطبيب أتعابه فى آخر كل زيارة سواء كانت فى منزل المريض أو فى محل عيادة الطبيب ولا سيما فى حالات المرضى الغير معروفين من ذى قبل لدى الطبيب

مادة ٦٢ — من المستحسن أيضا أن لا يرسل الطبيب فواتير طلب الاتعاب إلا فى مواعيد خاصة من السنة ولكن لا يجب فى أى حال من الاحوال تأجيل الطلب الى اكثر من سنة

مادة ٦٤ — تحسب الاتعاب لزيارات الليل بمقدار ضعف زيارات النهار على الاقل

مادة ٦٥ — كذلك الزيارات المستعجلة سواء كانت بالليل أو بالنهار (أى تحسب بالضعف)

مادة ٦٦ — كذلك الزيارات التى تستعمل فيها آلات خاصة طبية كانت أو جراحية للفحص أو العلاج سواء كانت فى منزل المريض أو محل عيادة الطبيب يؤخذ عنها اتعاب مضاعفة

مادة ٦٩ — قد يحصل أحيانا أن يدعى طبيب أو جراح لعمل غيارات لعملية لم يعملها أو لم يشر بها فاذا لم ير مانعا من ذلك تحسب الاتعاب لكل غيار على الاقل بضعف اتعاب الزيارات العادية

مادة ٧٠ — اذا لزم الحال فى عملية جراحية لوجود مساعد أو مساعدين يجب أن يأخذ المساعد أو المساعدون اتعابهم فى الحال إما من يد المريض أو أهله واما من يد الجراح على حسب اتفاق تم فيما قبل مع أهل المريض

مادة ٧١ — اذا دعى الطبيب المعالج جراحا لعمل عملية وجب اتباع إحدى الطريقتين الآتيتين فى موضوع الاتعاب : أولا — الاتفاق مع المريض على أتعاب الجراح وحده ثم على اتعاب الطبيب المعالج نظير مساعدته فى العملية أو ملاحظتها فيما بعد . ثانيا — يعين مقدار اتعاب الجميع جملة واحدة ويعطى للجراح وهذا يكافء باعطاء كل ذى حق حقه على حسب الاتفاق ولا يجوز مطلقا أن يتفق الاطباء معا على أمر يختص بالاتعاب بدون علم المريض أو أهله

مادة ٧٢ — فى حالة الفقرة الثانية من المادة السابقة يجب أن يكون النصيب الذى يأخذه الطبيب المعالج لايزيد عن ١/٥ المجموع وذلك لكى لا يتهم الجراح بأنه أعطى مكافأة خاصة للطبيب المعالج نظير دعوته له ولا يكون للطبيب المعالج بعد ذلك حق فى المطالبة بشىء مقابل المساعدة فى العملية

مادة ٧٣ — كل تقسيم فى الاتعاب بين الطبيب المعالج والجراح بخلاف ما ذكر يعتبر غير جائز

مادة ٧٧ — فى أحوال عمل الاستشارات الطبية (الكونسلتو) يجب أن لا تقل اتعاب الطبيب المعالج عن نصف أتعاب المستشار (Consultant) اذا كان كلاهما يسكنان فى نفس البلد التى بها المريض

مادة ٧٩ : على قدر الامكان يستحسن ان يأخذ المستشار والطبيب المعالج اتعابهما عن الاستشارة فى آخرها وبما أن كثيرا من الناس لايفهمون أن أتعاب الطبيب المعالج فى أحوال الكونسلتو يجب ان تكون اكبر من أتعاب الزيارات العادية يستحسن أن يطلب المستشار منهم مجموع الاتعاب جملة واحدة قائلا لعائلة المريض عليكم أن تدفعوا مبلغ كذا منه كذا لى وكذا لزميلى المعالج حسب القوانين الطبية

مادة ٨٠ : لايجوز مطلقا تقاسم الاتعاب بين الطبيب المعالج والمستشار

مادة ٩٠ : لايجوز مطلقا تقاسم الاتعاب بين الطبيب الذى أرسل مريضا الى مستشفى خصوصى و بين الطبيب صاحب المستشفى

مادة ٩١ : وهذا التحريم يسرى على الاطباء المستشارين الذين يستدعون للاستشارة لمرضى فى مستشفيات خصوصية بينهم و بين الاطباء أصحاب هذه المستشفيات .

مادة ٩٢ : فيما يختص بأتعاب أطباء جمعيات الاسعاف والجمعيات الخيرية وشركات التأمين والشركات الصناعية لايمكن عمل تشريع عام بل يوكل الأمر الى الاتفاقات الخاصة ولكن على وجه عام لايجوز مطلقا أن يقبل طبيب تخفيض الاتعاب لكى يحل محل طبيب آخر .

مادة ٩٤ : محرم قطعيا على الطبيب أن يعمل أى شركة كانت أو تقاسم ايراد مع الاجزاجية أو الدايات أو الممرضين والممرضات أو اصحاب معاهد الحمامات الطبية حتى ولو كانوا أطباء أو حكماء الاسنان وبالاختصار مع جميع من له عمل يتعلق بالمرضى

مادة ٩٥ : كذا ممنوع أن يكون للطبيب أى علاقة تجارية أو صناعية مع محلات صنع أو تجارة الادوية وكذلك محلات صنع أو تجارة أدوات الغيارات الى آخره :

مادة ٩٦ : وعلى سبيل الاستثناء كل طبيب اخترع آلة أوجهازا طبيا أوجراحيا له أن يطلب جزءاً من الارباح الناتجة من بيع الآلة أو الجهاز المذكور ولكن تحت شرط أن لاتسجل الآلة باسمه ولا يدخل فى أى عمل تجارى بخصوص اختراعه

مادة ١٠٠ — ممنوع منعاً باتاً على الطبيب الذى يشغل وظيفة فى مستشفى من مستشفيات المصالح العامة أن يقبل من أى مريض تحت العلاج فى ذلك المستشفى أية اتعاب بأى شكل كان اللهم الا اذا كان هناك تشريع خاص يسمح له بذلك .

وأزيد على ما ذكر أن الطبيب كلما اشتهر اسمه وذاع صيته له أن يرفع قيمة الاتعاب التى يأخذها بل يجب عليه أن يفعل ذلك لسببين الاول . لكى يترك مجالا للعمل لزملائه الذين هم أقل شهرة منه والثانى لكى يقل عدد مرضاه بدون أن يقل أيراده فيتمكن من أخذ الراحة الكافية ولا ينهك قواه فى العمل .

هذا وليس من المستحسن أن يتنازل الطبيب عن أتعابه لمجرد التساهل لان هذا يشجع من لا حياء عندهم

الاستشارات . (الكونسلتو) يحتاج الامر للاستشارة الطبية فى أحوال المرض المزمن أو احوال الامراض الحادة عند حدوث طارىء جديد أو فى الاحوال الغامضة التى تحتاج أن يراها طبيب ذو خبرة خاصة فى نوعها ثم أحيانا فى الاحوال الخطرة حيث يكون طلب الاستشارة لمجرد رفع المسؤولية ولا يصح أن يتريث الطبيب المعالج فى طلب الكونسلتو حتى يحتمه أهل المريض كذلك لا يجوز أن يكثر فى طلب الاستشارات لمرضاه بدون سبب قوى لئلا تضيع الثقة منه شيئاً فشيئا ويجب أن يترك لاهل المريض الحرية التامة فى اختيار الطبيب المشار ولكنهم اذا أرادوا اختيار طبيب غير ذى كفاءة لمجرد قراءة اعلاناته فى الجرائد مثلا يجب والحالة هذه تفهيمهم برفق ولكن اذا أصروا لا يجوز معارضتهم ولكن المعتاد هو أن يختار الطبيب المعالج المستشار الذى يريده ويلزم فى ذلك مراعاة صالح المريض قبل كل شىء ثم مراعاة مركز العائلة المالى ويستحسن أن يقوم الطبيب المعالج نفسه بطلب المستشار واذا قامت العائلة بذلك مباشرة وجب على المستشار ان يخبر الطبيب المعالج قبل قيامه ولا يأخذ كلام أهل المريض قضية مسلمة . وغنى عن البيان أن المحافظة على الميعاد المتفق عليه من أهم الامور ويفضل أن يسبق المعالج المستشار بقليل حتى يوضح لهم عند حضورهم سير الحالة من أولها والطوارىء التى طرأت وغير ذلك ويصح فى قليل من الاحوال الغامضة أن

لا يكون هناك توضيح قبل فحص المريض لكى لا يتأثر المستشار مقدماً برأى المعالج وعند فحص المريض يبدأ بذلك اكبر المستشارين سناً أومقاماً ويجب على المستشار شدة الحيطة والحذر من أن تصدر منه أى ملاحظة أو حركة أمام المريض أو أهله يشتم منها ولو من بعيد عدم رضائه على عمل الزميل المعالج وعند انتهاء الفحص ينسحب الاطباء فى مكان وحدهم بحيث لا يراهم ولا يسمعهم أحد من أعضاء العائلة وليس من اللياقة أن يبدأ الاطباء الكلام معاً فى أحوالهم الخاصة حتى ولو كانوا وحدهم وعند تبادل الآراء يبدأ أصغرهم بالكلام والتذكرة يكتبها الطبيب المعالج واذا لزم الحال يمضيها المستشار أو المستشارون واذا حصل بعض خلاف بسيط فى الرأى ففى الامكان تسويته بدون أن تطلع العائلة على دقائق المناقشة أما اذا كان هناك خلاف أساسى فى أمر التشخيص أو العلاج ولم يمكن تسويته ففى هذه الحالة يجب اخبار العائلة حتى اذا أرادت استدعت مستشاراً آخر وعلى أى حال لا يجوز أن يطلع المريض على شىء مطلقاً

وقد أجمل جراسيه Grasset واجبات المستشار فيما يلى : — أولا — لا يجوز مطلقاً للمستشار العودة الى منزل المريض فى غياب المعالج ولو على سبيل الاستفهام سواء كان ذلك من تلقاء نفسه أو بناء على رغبة أهل المريض إلا اذا دعاه زميله المعالج ويستثنى من ذلك طلبات الاسعافات الوقتية المستعجلة . ثانياً — لا يجوز بأى حال من الاحوال أن يقبل طبيب حضر فى منزل بصفة مستشار أن يكون طبيباً معالجا فى المنزل نفسه الا اذا مات الطبيب المعالج أما اذا غيرت العائلة طبيبها المعالج فللمستشار أن يحضر للاستشارة مع الطبيب الجديد ولكن لاى طبيب أن يقبل فى محل عيادته أن يرى أى مريض كان قد رآه فيما مضى بصفة مستشار مع زميل آخر فمحل العيادة عبارة عن منطقة حرة

علاقة الطبيب مع زملائه : تتلخص هذه فى الحكمة المأثورة وهى (عامل

الناس بما تحب أن يعاملوك به) . أول واجب على الطبيب المبتدىء الذى فتح عيادة جديدة أن يبادر بزيارة الاطباء الذين قبله فى البلد ولكن اذا كان عددهم كبيراً كما هو الحال فى كبريات المدن يجب على الاقل زيارة الاطباء الموجودين فى الجهة المجاورة وأرسال بطاقة الزيارة عليها كلمة تليق بالمقام لغيرهم ثم لا يليق أن يأتى طبيب جديد ويسكن فى نفس العمارة التى بها زميل قديم يشتغل فى نفس الفرع بدون اخباره بذلك من قبل واستئذانه مع التأكيد له باتباع جميع شروط الواجبات الطبية بكل دقة وأمانة ثم طبعاً على الاطباء رد الزيارة لمن زاروهم من الاطباء الحديثين

وانى لاأرى وسيلة لتوثيق عرى الاخاء والزمالة بين الاطباء خيرمن الجمعيات الطبية وانى لاندهش من اخواننا الذين لايهتمون بالانضمام الى الجمعية الطبية فان لم يكن بها من مزايا سوى التعارف والوداد بين الزملاء لكفى ولكن مزاياها لاتعد ولا تحصى

بقيت نقطة أخرى هامة وهى نقطة تغيير العائلة للطبيب المعالج فاذا دعى طبيب لمعالجة مريض كان يعوده أحد الزملاء فماذا يكون الحكم ؟ اما اذا كانت الدعوة لاسعاف وقتى مستعجل وجب القيام بها فى الحال بدون تأخير وبعد ذلك يعطى للطبيب المعالج خبر بالذى حصل اما اذا كانت الدعوة لحالة اعتيادية فيجب الاستفهام عن الطبيب المعالج ولا يجوز اجابتها الا بعد التأكد من ان ذلك لايجرح احساسا للزميل . أما فى محل العيادة فكل طبيب حرٌ فى علاج كل من يطرق بابه بلا شرط ولا قيد لانه كما سبق القول محل العيادة منطقة حرة ولكن يجب الابتعاد عن توجيه اللوم أو الانتقاد الى أى زميل كان مهما كانت الظروف وبذلك تكون المناقشة شريفة أى لاترتكز الا على المقدرة العلمية والمعاملات الاخلاقية أما المناقشة التى تبنى على انتقاد الغير والحط من كراماتهم وتلك التى تبنى على مناقصة فى الاتعاب فهذه لاتليق بشرف مهنتنا

أما المناقشات الفنية فى الجمعيات العلمية أو المجلات الطبية فلتكن بعيدة عن الطعن والتجريح الشخصى وهذا طبعاً لايمنع من أن نتمسك برأينا وندافع عنه بشدة ونجتهد فى دحض الرأى المخالف لناولكن ليكن ذلك بالبراهين العلمية لاغير ولا يليق مطلقاً أن تنشر مناقشات بين الاطباء فى الجرائد السيارة والمجلات الغير طبية وعلى ذكر الكتابة فى المجلات أقول أن عنايتنا نحن الاطباء المصريين بالكتابة فى مجلتنا الطبية قليلة جداً وفينا ولله الحمد من أوتى من العلم والخبرة الشيء الكثير

مسؤليات الطبيب : لاينكر أحد أن أعظم المهن مسؤولية هى مهنة الطب فمن مسؤولية أدبية أمام الجمهور الى مسؤولية خاصة أمام الضمير الى مسؤولية قانونية أمام القانون ولايمكن حصر تلك المسئوليات وانما سآتى على سبيل المثال على بعض منها : قضايا التعويض على اهمال حقيقى أو مزعوم فى العلاج ترفع على الاطباء بالآلاف ولا سيما فى أوروبا كذلك القضايا التى ترفع على الجراحين من جراء عمليات جراحية عملوها قيل فيما بعد أنها لم تكن ضرورية أو عملت بدون استئذان كثيرة جدا ولا سيما فى أحوال استئصال الخصيتين أو المبيضين أو الرحم ثم قد يقع الطبيب فى مشاكل قضائية جمة بسبب شهادات يكتبها من باب التساهل أوحسن النية ومن أفظع هذه المشاكل ما كان منها متعلقاً بالأمراض العقلية كما حصل فى انجلترا أخيراً فقد رفع رجل يدعى المستر هارنت Harnett قضية على طبيبين هما الدكتور بوند والدكتور آدم Dr. Bond & Dr. Adam حررا شهادة بانه مجنون ودخل فى إحدي مستشفيات المجاذيب ومكث به نحو ١٠ سنوات وقد حكمت المحكمة الابتدائية على الدكتورين المذكورين فى مايو سنة ١٩٢٤ بتعويض قدره ٢٥٠٠٠ جنيه . ثم كلمة صغيرة يقولها الطبيب بدون قصد قد تكون سبباً فى تحميله اكبر المسئوليات كما حصل فى القضية الآتية . فى سنة ١٨٩٦ دعى

الدكتور بليفير Playfair المولد الشهير لعيادة سيدة اسمها المسز كتسون Mrs. Kitson وعمل لها عملية كحت وأخرج قطعاً من مشيمة ملتصقة وعند عودته للمنزل قال لزوجته أظنك تعرفين المسز كتسون فقد أجهضت أمس مع أن زوجها غائب عنها من نحو عام فما لبثت اللادى بليفير حتى أخبرت احدى صاحباتها بالامر وبلغت الحكاية الى المسز كتسون فرفعت قضيـة على الدكتور بليفير وحكم لها بتعويض قدره ١٢٠٠٠ جنيه

وعلاوة على ذلك فالطبيب معرض لان يحاكم أمام محكمة الجنايات بتهمة القتل اذا أهمل اهمالا جسيما نتج عنه وفاة المريض ففى انجلترا فى سنة ١٩٢٤ حصلت قضيتان من هذا النوع الأولى ضد طبيب يدعى الدكتور هادوين Hadwen لانه عالج طفلة مريضة بالدفتيريا ولم يحقنها بالمصل و بعد ذلك ماتت البنت والثانية ضد الدكتور Bateman وهذا فى حالة ولادة عسرة بعد نزول الجنين انتزع الرحم كله ظناً منه أنه المشيمة وطبعاً كانت النتيجة الوفاة ·

ولا يخلو الطبيب من المسؤلية حتى لو تأخر عن الذهاب الى متوفى فقد حصل فى فرنسا سنة ١٩١٥ أن طبيباً تأخر يومين عن الذهاب الى متوفى فنتج عن ذلك أن العائلة أضطرت الى تغيير صندوق الجثة للانتفاخ الذى حصل بها فرُفعت قضية تعويض على الطبيب حكم عليه فيها بمبلغ ١٠٠ فرنك مع أن تأخير الطبيب كان إضطرارياً لكثرة العمل وقلة الاطباء بسبب الحرب بل تمتد مسؤلية الطبيب الى حد أن يحاكم اذا ظهر خطأ فى كتاب ألفه ونشره ونتج عن هذا الخطأ ضرر للغير كما حصل فى فرنسا اذ حكمت محكمة السين فى ١٣ أبريل سنة ١٩١١ على مؤلف كتاب اسمه Médecin du Peuple بغرامة كبيرة لانه كتب فى كتابه المذكور صورة تذكرة طبية لافاقة السكارى وذكر فيها جرعة محلول النوشادر ١٥ جرام بدلا من ١٥ نقطة وحصل أن أمرأة أرادت افاقة زوجها السكران فنقلت التذكرة بخطئها وأرسلتها لاحدى الاجزخانات فصرفها الاجزاجى كما هى وأخذها الرجل فمات

ثم هناك مسئولية أخرى يجب أن يحترس فيها الطبيب على قدر امكانه وهى الاهمال فى تبليغ الادارة الصحية عن الامراض المعدية وكثيراً ما نجد الاهلين يستصعبون ذلك ولكن خوفهم بدأ يقل ولا سيما اذا أقنعناهم بان المرض لايستلزم النقل للمستشفى وعندى أنه اذا استخدمت المصالح الصحية مبخرين وملاحظين من الطبقة المتعلمة وكذلك ممرضين وممرضات من بين المتعلمين فى المستشفيات لقل الخوف من الصحة وعمالها بل لتلاشى هذا الخوف من بين الناس فى وقت قريب

واختم كلامى بقول الشاعر :

لو أنصف الناس استراح القاضى ، وبات كل عن أخيه راضى

طريقة العلاج الحديثة

علاج الكلرا

عرف مانسن Manson الكلرا بانها مرض معدى وبأى مصحوب باسهال وقئ شديدين يخرج منهما سائل مصلى لالون له ومصحوب أيضاً بتشنجات عضلية وعدم تبول و برودة وإغماء ووجود الميكروب الخاص فى الامعاء وارتفاع كبير فى الوفيات ويكاديكون الاسهال الزائد المائى (الذى يحتوى غالبا على أغشية بيضاء من بشرة الامعاء المتآكلة) والقىء الشديد لسائل مائى خاص بالكارا . وأما العلامات المتأخرة فهى التشنجات العضلية ووقوف البول وضياع النبض عند الرضع والجلد البارد المبلل والتقاطيع المنكمشة والصوت الضعيف المبحوح

والقاعدة الذهبية التى يتبعها الطبيب هى انه فى مواطن الكارا وفى زمن الاوبئة يجب أن يعتبر كل إسهال مصحوب بقىء كارا مبتدئة ويعمل الاحتياطات اللازمة باسرع ما يكون وعدم الاخذ بهذه القاعدة قد أدى الى فقد ارواح كثيرة ولما كانت الاعراض المصاحبة لا تتناسب مع الاسهال الموجود فقد أعتبرت الكارا جزئياً حالة تسمم من امتصاص سموم فيريو الكارا من الامعاء ولكن حالة الانحطاط و إيقاف البول والتسمم البولى الذى ينتج ترجع كلها الى فقدان مائية الجسم فاذا أمكن ايقاف تسرب الماء من الجسم لا يحصل الانحطاط والاعراض المصاحبة واذا كان الامر كذلك أنقسم علاج الكارا طبيعياً الى دورين (١) العلاج الطبى لدور النزح بالقوابض المعدية لايقاف الاسهال لامتناع حدوث الهبوط بعد ذلك (٢) العلاج الجراحي لدور الانحطاط بعمل حقن ملحية وريدية لاستعادة وتثبيت الدورة الدموية حتى يقف الاسهال بطبيعة الحال من الامعاء

ولما كانت حالات الكارا تقع غالبا تحت العلاج فى دور الانحطاط لسرعة المرض أو عندما يكون دور الانحطاط قريباً فليس هناك وقت بعد ذلك لتجربة العلاج الطبى حيث يكون وقته قد فات فلم تعرف فائدة هذا العلاج الكبيرة .

دور النزح

ان الدواء الشائع والكثير الاستعمال فى دور النزح هو الافيون وهو يستعمل وحده أو مزيجا مع الاحماض وطاردات الارياح ولقد ثارت شكوك حول فائدة هذا العلاج وامكانه تقصير مدة المرض حيث لم يمكن القول ولا فى حالة واحدة أنه لولم يعط الدواء لحدث دور الهبوط ويقول بعض الكتاب أن الافيون مضر ويبنون اعتقادهم على أن الافيون يفرز بالطبيعة وهذه نظرية خطأ ولكن ثبت من مشاهدات كثيرة ممتدة جملة سنوات على عدد كبير من المرضى بالكارا فى موطنها فى طائفة المعدنين فى مقاطعة الاسنسول « Asansol » أن الافيون مصحوبا بالاحماض أو طاردات الأرياح يقطع المرض فى دور النزح فى الاغلبية العظمى من المرض وكانت نسبة الوفيات فى طائفة التعدين فى أحوال الكلرا الصحيحة التى وصل أغلبها الى دور الهبوط والتى عولجت بهذه الامزجة ٥٠ ٪ فى حين أن النسبة السنوية هى بالتقريب ٩٠ ٪ فى الحالات التى لم تعالج مطلقا ولقد لخص المرحوم الدكتور وال « Dr. A. J. Wall » ما للافيون من الفائدة العلاجية المهمة فى دور النزح فى الكارا فقال (من خبرته الكبيرة بالكارا فى الهند وأوربا) اذا أمكن التغلب على الدور الاول من المرض (دور النزح) وايقافه فان سير المرض يقف أيضا واذا أعطى الافيون حقنا تحت الجلد قبل الوصول الى دور الهبوط فان المريض ينجو غالبا من هذه المضاعفة .

الادوية

اذا دعى الطبيب لعلاج حالة كلرا وكانت فى دور النزح فعليه أن يبدأ بسرعة بحقنة مرفين $\frac{١}{٨}$ قمحة مصحوبة بحقنة اتروبين $\frac{١}{١٠٠}$ قمحة ثم يعطى المريض أحد الادوية المانعة للاسهال المذكورة بعد

خذ : بى كربونات الصودا ١٥ قمحة ، طباشير محضر ١٥ قمحة ، روح الاثير ١٥ نقطة ، روح النوشادر العطرى ١٥ نقطة ، صبغة الافيون العطريه ٣٠ نقطة ماء كلورفورم لغاية ٣٠ جراما يأخذ المريض ملء ملعقة كبيرة كل ٢٠ دقيقة حتى يقف الاسهال والقيء .

خذ : حمض الكبريت العطرى ١٥ نقطة ، صبغة الكافور المركبة ٣٠ نقطة صبغة الكلورفورم والمورفين المركبة ٥ نقط ، ماء النعناع الفلفلى لغاية ٣٠ جراما يؤخذ منه ملء فنجان قهوة كل نصف ساعة حتى يخف الاسهال والقيء تماماً

والكاولين "Kaolin" أوطمى الصين أوالطين الابيض هو نوع من سلكات الاليومنيم الابيض المحلى وهو زيادة عن أنه قابض للامعاء بكميات كبيرة له خاصية امتصاص المواد السامة المذابة ويتلف بذلك خواصها وهو يستعمل فى الدور الاول للكلرا بكل نجاح فيؤخذ منه مقدار معلقة فى كوبة ماء يشربها المريض كل ساعة ببطء حتى تزول أعراض القيء والاسهال ثم يستمر الدواء بنصف المقدار كل ٤ ساعات فى الاربعة والعشرين ساعة التالية ثم يستمر بمقدار الربع حتى تؤمن النكسة يعنى لغاية آخر اليوم الثالث

ولقد استعملت الزيوت الطيارة فى دور النزح فى الكلى بنجاح عظيم وكانت التذكرة كالآتى :

خذ : زيت اليانسون ، زيت الكاچيوت أو الملالوك ، زيت العرعر من

كل نصف نقطة ، حامض الـكبريت العطرى ١٥ نقطة ، روح الأثير ٣٠ نقطة .

يؤخذ من هذا المزيج نصف ملعقة صغيرة فى فنجان من الماء كل ¼ ساعة لمدة ساعة أو ساعتين أو ثلاثة فتنقطع عندئذ كل الاعراض وتكرر للمريض كل جرعة تقاياها . ولما كان المزيج لا يحتوى على الافيون فيمكن وضعه فى يد أى انسان يفهم لاعطائه وعلى ذلك فهو ينفع جداً فى الاوبئة عند مايعالج جملة أشخاص فى وقت واحد معاً وهو دواء قوى طارد للارياح ومنعش وقابض يقطع الاسهال حالا ويجهض المرض ولم تر نكسات بعداستعماله ولالزوم لانقاص التغذية بعد الشفاء الظاهر

دور الانحطاط

اذا أهمل العلاج فى الدور الاول وفقد الجسم كمية خطرة من مائيته ووقع المريض فى دور الانحطاط وجب الاسراع فى عمل الحقن الملحية فى الوريد اذا أريد استبقاء الحياة ويجب أن يفهم جيداً ان الانحطاط فى الـكارا لايختلف عن الانحطاط من النزف والاحتياطات التى تؤخذ فى علاج الثانى يجب أن تتخذ بشدة فى علاج الاول والنجاح انما يتوقف على ادخال كمية كافية من السائل لاعلى نوعه والعلاج بالحقن الملحية الوريدية علاج للاعراض لاعلاج نوعى ويقصد منه اعادة كمية من السائل فى الدورة حتى يأخذ المرض دوره من الانحطاط ثم يقف النزح من الامعاء وينتعش المريض والحقن المتكررة ربما كانت ضرورية فى مدة يومين الى ٦ أيام ولما كان دور الانحطاط طويلا ومحدوداً كان علاجه بمستشفى مستعد استعداداً خصوصياً أضمن للنجاح من علاجه محلياً حيث يعالجه اخصائيون بسرعة وعناية .

ولقد اتبع روجرز 'L. Rogers' جارنتز 'Gaernst' ، بك 'Beck' فى القول

بحقن محلول ملحى مركز عن الطبيعى فى الوريد (١٢٠ قمحة من الملح فى البينت من الماء) على رغم أن زيادة ملحية الدم توقف الاسهال بجذب السوائل من الامعاء الى الاوعية الدموية فتحتفظ الدورة بقوتها ولكن تجارب عدة سنين فى الهند اقنعتنى أن المحلول الملحى المركز ليس له هذه الخاصية و يلزم عمل جملة حقن من المحلول المركز أو من غيره حتى تنتظم الدورة وتحتفظ بقوتها

ولقد برهن أن المحلول الملحى الطبيعى (٩٠ قمحة فى البينت) يعوض السوائل المفتقدة فى الكارا تعويضاً فسيولوجياً حتى يقف النزح من الامعاء وتقوى الدورة ويمكن حقن هذه السوائل اما فى الوريد أو تحت الجلد أو فى الشرج حسب مقتضيات الحالة وأحسن مايحقن فى الوريد محلول ملحى قلوى طبيعى وهو ما أدخله سلارد sellards فى العلاج أولا فلقد لاحظ أنه يلزم ان تعطى بالفم كميات كبيرة من القلويات فى الكارا حتى يصير البول قلوياً واستحسن بعد ذلك أن تعطى القلويات فى الحقن الملحية الوريدية حتى لايقف أفراز البول فى دور الانحطاط ونتحرز بذلك من التسمم البولى ولقد برهن ذلك على أنه صحيح فى التجربة وعلى ذلك يجب اعطاء المحلول الملحى الفسيولوجى فى دور الانحطاط فى الكار امضافا اليه ٦٠ قمحة بى كربونات الصودا لكل بينت

وفى أحوال الانحطاط التام يجوز أن يعطى من ٣ — ٤ بينت من المحلول دفعة واحدة حتى يعود النبض فى الشريان الكعبرى ويجرى المحلول فى الوريد بسرعة ٢ أوقية فى الدقيقة فاذا عاود الانحطاط أما لامتصاص المحلول المعطى فى الانسجة الظمآنة وإما لتسربه من الغشاء المخاطى المتآكل فى الامعاء فيجب اعطاء الحقن ثانية حتى تقوى الدورة ويمكن اعطاء من $\frac{1}{2}$ — ٢ بينت حسب الحاجة كل دفعة ببطء . والحقن بمحلول البتوترين فى العضلات مع الحقن الملحية فى الوريد مفيد جداً فى معالجة الانحطاط فاذا لوحظ ضعف الدورة الدموية بضعف النبض أمكن تدارك وقوع دور الانحطاط

بالحقن الملحية تحت الجلد فى الخاصرتين ويجب اعطاء محلول قلوى مركز ملحى فى الشرج (١٥٠ قمحة من بى كربونات الصودا للبينت من محلول الملح الفسيولوجى) ببطء كل ساعتين الى أربع ساعات فى الحالات التى مضى فيها دور الانحطاط ولا يزال البول محبوسا

وعمل الفاكسين إما بالحقن تحت الجلد للفاكسين العادى أو باعطاء فاكسين بسردكا Besredkas من طريق الفم يحدث مناعة لبضع شهور وعلى ذلك فهى تنفع فى التعرض المستمر للعدوى فى الجهات الموبوءة وفى اعتقادى أن أخذ مزيج الزيوت الطيارة المذكور قبلا بمقدار درهم (ملعقة صغيرة) ثلاث مرات فى اليوم فى زمن الوباء يضمن السلامة من أخذ المرض وذلك بحسب تجربتى ؟

بقلم D. walker tomb

طبيب قسم التعدين بأسنسول بالبنغال

عربها الدكتور محمد مبارك عن لانست ٢ اكتوبر سنة ١٩٢٦

محاضرة

عن استعمال النوفازيرول

Novasurol

القاها الدكتور اندراوس عريان أمام الجمعية الطبية فى يوم
الاربعاء ١٠ نوفمبر سنة ١٩٢٦

سادتى :

أرجو أن تسمحوا لى أن أشرح لكم سبع حالات أستعملت فيها النوڤازيرول وبعد ذلك يمكن أن نتكلم عن ماهية هذا الدواء وتأثيره وطرق استعماله

الحالة الاولى — حالة ارتشاح عام واستسقاء متزايد ناشىء عن مرض الصمام الميترالى

رجل سودانى عمره ٥٠ سنة يشكو من ضعف القلب منذ خمس سنوات وأصيب جملة مرات بارتشاح واستسقاء كانا يزولان تحت تأثير الدواء ولكن هذه المرة لم يؤثر فيه أى دواء . مضى عليه ثلاثة شهور . أعطى سائل الديجيتالين ١٠ نقط ٣ مرات يوميا لمدة خمسة أيام بدون أن يؤثر ذلك على كمية الارتشاح ولم تزد كمية البول فى الاربعة وعشرين ساعة عن ٦٠٠ غرام . وأعطى حقنة نوڤازيرول سنتيمتراً واحداً فى العضل فكانت كمية البول فى اليوم الذى يليه لترين ونصفاً ولكنه اشتكى من تعب وهبوط عظيم . أعطى الحقنة الثانية بعد يومين فبلغت نيف ولترين وأعطى الحقنة الثالثة بعد يومين من الثانية وهكذا زال الارتشاح تماماً بعد الحقنة الرابعة ولم يمكننا الاستمرار فى الحقن لان المريض كان فى حالة هبوط شديدة

الحالة الثانية — حالة انسكاب بلوراوى ناشئة عن ضيق فى الصمام الميترالى
شاب مصرى عمره ٢٥ سنة يشكو من نزيف من الرئة فحص البصاق فوجد خاليا من ميكروب السـل وفحص صدره بالاشعة فوجد سليما . وعنده لغط قبل الانقباض أعطى سائل الديجيتالين فانقطع النزف و بعد شهر عاد و به انسكاب بلوراوى يمينى . فحص السائل البلوراوى فوجد من عينة الارتشاحات أعطى ست حقن نوفازيرول فى العضل (مرة كل يومين) فزال الانسكاب تماما وقد أمكنه تحمل الحقن بدون أى تعب

الحالة الثالثة — ع . ن عمره ٦٠ سنة يشكو من ضعف فى القلب وارتشاح عام فى الجسم وبفحص القلب وجد كبيراً جداً ووجد نقص فى كفاءة الصمام الاورطى كان يظهر الارتشـاح عنده وكان يزول تحت تأثير الراحة والديجيتالين والجواهر المدرة للبول ولـكن فى هذه المرة أعطى الديجيتالين مع التيوبرومين بدون نتيجة ثم أعطى حقن الوبابين أيضا بدون نتيجة ثم أعطى حقن النوفازيرول عشر حقن فتحملها ولم يحصـل منها أى تعب وزال الارتشاح تماما بعد الحقنة السادسة

الحالة الرابعة ك . ج عمره ٤٥ سنة يشكو من انسكاب بلوراوى درنى بذل مرتين كان طول الوقت يتعاطى التيوبرومين وسانتيوز ولبتوسين وغير ذلك من الادوية المدرة للبول ولـكن ذلك لم يمنع احتياجه للبذل مرة ثالثة اذ بلغ الانسكاب الحافة العليا للضلع الرابع وكان المريض يشكو من ضيق فى التنفس معسرعته وبعد ان قر الرأى على البذل للمرة الثالثة رأينا ان نجرب النوفازيرول قبل البذل فاعطى عشرحقن (حقنة كل يومين) فكان يشعر بادرار فى البول متزايد عقب الحقنة وارتاح تنفسه وهبط الانسكاب للحافة العليا من الضلع السادس ولم يحتج المريض للبذل بعد وقد مضى على ذلك سنه وقد تحمل الحقن جيدا

الحالة الخامسة . خ. هانم عمرها ٤٥ سنة وزنها ١١٦ كيلو غراما اعطيت حقنة نوفازيرول لتفقد شيئاً من زنتها فظهرت عليها اعراض وحصل لها هبوط عظيم اضطرها لملازمة فراشها مدة ثلاثة أيام وبعد ذلك عاودنا الحقن مرة ثالثة فظهرت نفس الاعراض فاضطررنا للعدول عنها

الحالتين السادسة والسابعة . المرض تليف كبدى (بانتى) مع استسقاء اعطى كل منهما حقن نوفازيرول ولكن ذلك لم يمنع ازدياد الاستسقاء واضطررنا للبذل فى كلتا الحالتين

ماهية الدواء النوفازيرول مركب زئبقى يحتوى على ٣٣/٩ ٪ من الزئبق واول اكتشافه كان لاستعماله ضد الزهرى ولكنه لم يتفوق على المركبات الزئبقية الاخرى فى علاج الزهرى ولكن وجد فيه خاصية ادرار البول بكثرة فجرى بحث الدواء من هذه الناحية اكثر من غيرها

وقديما عرف تأثير المركبات الزئبقية فى ادرار البول فحبوب جاى (Guy's pills) والزئبق مما يوصف كثيراً كادوية مدرة للبول

كيفية تأثير الدواء : لقد عملت مباحث كثيرة للوقوف على الطريقة التى يؤثر فيها الدواء على افراز البول وهل هو تأثير على الكلى فتفرز البول بكثرة أو أن مجهود الكلى سلبى وان تأثير الدواء على الانسجة

الحق أن هذه المباحث لم تقف عند نتيجة يحسن السكوت عليها فان هناك دلائل تثبت أن التأثير يقع على الكلى وهناك دلائل اخرى تثبت نقيض ذلك

فبون (Bohn) وجد فى الحيوانات عقب حقنهم بالنوفازيرول زيادة فى كمية الماء والملح فى الدم وهذه التغيرات فى الدم سواء كانت الكلى سليمة أو استئصلت تدل على أن النوفازيرول يستخرج الماء والملح من الانسجة خصوصا إذا

كان الجسم فى غير حاجة اليها اما اذا كانت ضرورية لحيـاة الانسجة فان مفعول النوفازيرول يقف عند حد دنيء جـدا وربما كان ذلك برهاناً آخر على أن تأثير النوفازيرول خارج الـكلى لانه لو وقع على الـكلى مباشرة لكان افرازها سيان فى حالة الارتشاحات وفى حالة الجسم السليم ولكن الواقع يدلنا على انه فى هذه الحالة تزداد كمية البول سبعة أو ثمان أضعاف الـكمية المعتادة اما فى الحالة الثانية فان كمية البول لاتزيد الا قليلا .

ومن الوجهة الثانية نجد أن ادرار البول يتمشى تماما مع افراز الزئبق من الـكلى وانه فى الحالات التى لاتفرز الزئبق بل تخزنه فى الجسم وينتج عنها تسمم زئبقى لايحصل ادرار فى البول وبعض التجارب الأخرى التى تـدل على انه لو اضيف جزء يسـير على $\frac{1}{10}$ من النوفازيرول على مصل ودار فى كلية ضفدع خارج الجسم لافرزت بولا اكثر بكثير مما لو لم يكن اثر النوفازيرول موجوداً فهذه الدلائل تدل على أن التأثير يقع على الـكلى مباشرة

تأثير الدواء يبتدىء زيادة افراز البول بعد ساعتين من الحقن وقد يتقدم الى ساعة أو يتأخر الى ثلاث ساعات ويستمر الادرار من ثمان ساعات الى اثنتى عشرة ساعة وعادة لايكون له اثر بعد مضى اربعة وعشرين ساعة من الحقن ولـكن فى بعض حالات نادرة يتخطى زمان الادرار هذا الحد وفى العادة تكون كمية البول المنفرزة من اربعة لترات الى خمسة لترات فى الاربع وعشرين ساعة لـكن هناك حالات بلغت هذه الـكمية اثنى عشر لترا وفى حالة واحدة بلغت ستة عشر لترا

وملح الطعام هو اكثر جواهر البول التى يؤثر عليها النوفازيرول اذ قد ترتفع نسبته احيانا لتبلغ ١٤ غراما اللتر وكانت فى احدى العينات ٢٠ غراما فى اللتر وتبلغ الـكمية المنفرزة فى مدى الاربع وعشرين ساعة ٤٨ غراماً.

اما باقى الجواهر فانها لاتزيد الا زيادة طفيفة

الحالات التى يجوز علاجها بالنوفازيرول : ان النوفازيرول دواء فعال قوى مدر للبول فى حالات الارتشاحات والانسكابات التى تنشأ عن ضعف القلب سواء كان ذلك لمرض فى الصمامات أو لضعف فى العضلات وانه حينما لاتفيد الادوية المدرة للبول مع ادوية القلب فى هذه الحالات فان النوفازيرول لايخيب ولكن يجب ان لايعزب عن البال بان النوفازيرول ليس دواء مقوياً للقلب اذ لاتأثير له الا على ادرار البول وزوال الارتشاحات وهذا لايغنى عن استعمال الديجيتالين والاستروفانتين وغيرها

اما فى حالات الانسكاب الدرنية فى البريتون والبلورا فان النوفازيرول له تأثير حسن على سير الانسكابات ولكنه لايزيلها بتاتا انما قد يمنع تجمعها لدرجة تحتاج معه الى تكرار البذل .

كذلك الحال فى بعض حالات الورم الخبيث فى البريتون أو البلورا فان النوفازيرول قد يغنى الطبيب عن البذل

أما فى حالات تليف الكبد وخصوصا ماكان منها منتشرا فى مصر كمرض بانتى فان النوفازيرول لايغنى عن تكرار البذل

أما فى حالات التهاب الكلى المصحوب بنزول اسطوانات حبيبية وكرويات دم حمراء فان ذلك يمنعنا مطلقاً من استعمال النوفازيرول لأن الكلى فى هذه الاحوال لايمكنها افراز الزئبق ويحصل تسمم زئبقى للمريض ولا يدر البول أما فى حالات Nephrose حيث تعلو كثافة البول ويقل مقداره فان وجود كمية من الزلال لايزيد عن أربع غرامات فى اللتر لاتمنعنا من استعمال النوفازيرول

وعلى أى حال لايجوز استعمال النوفازيرول إذا كانت الكثافة النوعية للبول تقل عن ١٠١٢

وفى حالات الالتهاب المعوى والتهاب القولون المصحوب باسهال يجب أن لايستعمل النوفازيرول لتأثيره السىء على الامعاء الملتهبة

كيفية اعطاء الدواء : وجد الدواء أولا للحقن داخل الوريد لعلاج الزهرى وهو فى أنابيب كل أنبوبة تحوى سنتيمتراً مكعباً أو سنتيمترين من محلول عشرة فى المائة والافضل أن يعطى فى العضل ما لم تكن عضلات الالية ضامرة أو متورمة حينئذ يجوز اعطاؤه داخل الوريد ولكن باحتراس زائد

ويبدأ بنصف سنتيمتر واحد ويزاد المقدار تدريجياً ومن النادر جداً أن يتخطى الطبيب مقدار سنتيمتر ونصف ومايجب ملاحظته أن ادرار البول لايتوقف على كمية الدواء ولا على كمية الارتشاح انما يلاحظ فى مقدار الجرعة حالة المريض وحالة القلب والكلى

ويعطى من ثمان الى عشر حقن فى كل دور فاذا احتاج المريض أكثر من ذلك وجب اعطاؤه مهلة لا تقل عن شهر لانه وجد أنه من الحقنة العاشرة يقل ادرار البول وربما كان ذلك لتعود الجسم على الدواء

ويستحسن اعطاء الحقنة فى الصباح حتى لا تتفق ساعات ادرار البول وساعات النوم

ولوحظ أنه لو كانت الامعاء خالية بأعطاء ملين قبل الحقنة بيوم كان تأثير الدواء أكثر

وقد جرب ساكل (saxl) اعطاء الدواء بالفم فاعطى المحلول الذى يوجد داخل الانابيب فكان ذلك داعيا الى تهيج المعدة ولم يحدث منه ادرار قط ولكنه توصل أخيرا الى اعطاء الدواء فى محافظ من الجلاتين الناشفة كل محفظة تحوى ٠.٢٪ من الغرام وبهذه الطريقة أمكنه أن يزيد مقدار البول قليلا ورأى وجوب اعطاء هذه المحافظ واحدة فى كل صباح عند الانتهاء من عمل الحقن ووجد انها تكفى لمنع تجمع الارتشاحات

حالة فقد توتر العضلات الخلقى

Amyotonia Congenita

دكتور لبيب منصور

طبيب امتياز بقصر العينى

طفلة رومية تدعى روزيتا مولتيس تبلغ من العمر ثلاث سنوات تقول أمها أنها لاحظت عليها ارتخاء فى أطرافها السفلى

تاريخ المرض : كان الحمل والولادة طبيعيين واستمر نمو الطفله طبيعيا ولم تصب مطلقا بحمى أو نزلات معوية ولم يلاحظ عليها أى شىء غير طبيعى الا عند بلوغها ثلاثة شهور حيث تقول أمها انه حصل لها ارتخاء فى اطرافها السفلى وضعف فى حركاتها

وبقيت على هذه الحال السنة الاولى والثانية من العمر وبالرغم من نموجسمها السريع لم تقو على الوقوف أو الحركة

وقد تحسنت نوعا فى العام الثالث اذ صار فى مقدورها أن تتحرك الآن وهى جالسة من مكان لآخر .

الملاحظات :

ارتخاء فى عضلات الارجل ومفاصلها ظاهر جدا فى الفخذين والمفصل الحرقفى بحيث يتسنى لها تحريكها فى أوضاع لا يمكن الوصول اليها فى الحالة الطبيعية

عدم وجود ضمور بالعضلات

ضعف ظاهر فى الرجلين Abseneca of drop reflexes

عدم تأثر العضلات بالتيار المنقطع Absence of response to faradism

وقد كان التيار شديدا ولكنها احتملت دون أن يبدو عليها أى الم انكماش بسيط فى عضلات الساق مع عدم قدرة على أنثناء الى الخلف .

الحالة العقلية طبيعية

الاحساس طبيعى

تاريخ العائلة ؟

كانت لها أخت توفيت فى التاسعة من عمرها من التهاب رئوى وتقول أمها أنها كانت مصابة منذ الصغر بهزال وضعف فى العضلات وانها لم تقو على الوقوف طول حياتها وليس بباقى افراد الاسرة أمراض خاصة ؟

حالة شلل فى عضلات الحلق عقب دفتيريا

المريض : عبد الفتاح محمد . وعمره ١٠ سنوات وصناعته تلميذ

أصيب منذ شهرين بدفتيريا وبعد انخفاض الحرارة وزوال الاعراض بنحو ٢٠ يوما لاحظ أنه توجد عنده صعوبة فى البلع وأن جميع ما يؤخذ من السوائل كانت ترجع من أنفه وازداد ذلك يوما فيوما حتى وصل للحالة التى حضر بها للمستشفى .

دخل المستشفى يوم ٣٠/١٠/٢٦ وبفحصه وجد أن عضلات حلقه لا تتحرك وأن صوته أنفياً وعنده ضعف عام ولا يقوى على الوقوف أو السير وكانت knee & ankle jerk absent أما الاحساس فكان طبيعيا ونظراً لعدم استطاعته تعاطى أى شىء من الفم اعطى له الغذاء سائلا بأنبوبة أنفية وعولج بالاستركنين

وقد تحسنت حالته بسرعة مدهشة وأصبح فى قدرته الآن أن يبلع كل ما يعطى له بلا صعوبة وبعد ان كان لا يستطيع الوقوف أو السير أصبح قادرا على ذلك وعضلات حلقه تتحرك . ويمكن مشاهدة ذلك عند فحصه من الفم

محضر الجلسة العلمية

السادسة والثلاثين للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

عقدت الجلسة بقاعة جلسات المستشفى الاميرى فى منتصف الساعة الثامنة من مساء يوم الثلاثاء الموافق ٢٥ مايو سـنة ١٩٢٦ تحت رئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر وقد أمها كثير من الاطباء وبدأ حضرة الدكتور قناوى بك بالقاء محاضرته على الحصبة وشكر حضرات المستمعين وتمنى حضورهم على الدوام

موضوع المحاضرة : —

معلومات حضرة المحاضر عن الحصبة وما شاهده بنفسه فى وباء سنة ١٩٢٥ كما يرى فى المحاضرة

وبعد أن انتهى حضرته قام الدكتور عبد الرحمن الرافعى وقال مصداقا لقول المحاضر انه رأى حالات حصبة فى سن الثمانين وقال الدكتور الرافعى انه مازال يعتقد أن الهواء ناقل للعدوى

وقال الدكتور محمود كامل على أنه شـاهد حالات أمپيما (دبيلة) حصلت بعد إصابة مريض بحصبة أعقبها التهاب رئوى فأمپيما (دبيلة)

وسأل الدكتور أبيلا حضرة المحاضر عن حالة ذكرها فى تيار حديثه كان يوضع له ثلج فوق الرأس والبطن فسأل هل وضع الثلج يؤخر ظهور الطفح

فقال حضرة المحاضر إنه لايظن ذلك

وقال الدكتور نسيب حداد انه شاهد حالات حصبة سـنة ١٩٢٤ وأن هذه الحالات بنفسها أصيبت بالحصبة سنة ١٩٢٥

وقال بخصوص استعمال العسل فى أحوال الحصبة : —

ان الاهالى شاهدوا بالاختبار أن فى حالة ظهور كثرة الطفح على الجلد يكون انذار المرض حميدا

ولذلك يستعمل الناس العسل من الداخل لأنه « حام » كما يعتقدون ويظهر الطفح فى الخارج (على سطح الجسم) وقد أشار حضرة المحاضر ناصحاً حضرات الاطباء بالتحفظ جداً عند بدء التشخيص لما يترتب على ذلك من سوء سمعة الطبيب عند أهل المريض

وقال إنه دعى لعلاج حالة شخصت مالاريا وبعد أربعة أيام ظهر طفح الحصبة عليها

وبعد ذلك قام حضرة الدكتور عبد الرحمن سامى وأخذ على حضرة المحاضر أن الرازى هو الذى اكتشف الحصبة فى القرن التاسع لا القرن الحادى عشر وأبدى ملاحظة فى أن المرض يظهر فى الاشهر الباردة مع أن المحاضر ذكر أنها تظهر فى شهر يوليو فما هو تعليل ذلك ؟؟ وسأل حضرته لماذا يلبس الناس مرضاهم رداء أحمراً عند مايصابون بالحصبة ويمتنعون عن غسلهم بالماء

وبعد ذلك قام حضرة الدكتور عبد الرحمن بك عمر وقال ذكر المحاضر أن ابن سينا طبيب عربى والحقيقة أنه فارسى ابن فارسى ابن فارسية

وقال ان إصابات الحصبة تتعدد مرة واثنتين وثلاثة وقال : ذكر المحاضر أن عدوى الحصبة لاتحصل بطريق الهواء ومعنى ذلك أنها لاتحصل بطريق التنفس إذن بقى أنها تحصل إما بطريق الجلد أو بطريق الجهاز الهضمى وهذا بعيد لأن الاعراض التنفسية تظهر مبدئياً أما المضاعفات الهضمية فهى تحصل لأن المرض نوع من أنواع التسمم الدموى « Septicaemia »

وقال أنه يخالف المحاضر فى استعمال كلمة ارتباكات بدل مضاعفات اذ أن كلمة مضاعفات تنقل للذهن صورة لاتنقلها كلمة ارتباكات

وبعد ذلك قام حضرة المحاضر فقال ردا على حضرة الدكتور الرافعى فى اعتقاده أن العدوى تأتى بطريق الهواء وقال أن هذا مخالف للابحاث الحديثة وأن الدكتور قناوى يعتقد فيما يسمونه Droplet Infection

وقال المحاضر أنه يحبذ الاهالى فى الباس المرضى الرداء الاحمر لان ذلك مفيد فى أحوال العينين لانها تكون حاجبة لاشعة الشمس

ولاحظ حضرة المحاضر أنه اذا أصيب رجل بحمى راجعة فان ذلك يكسبه مناعة ضد التيفوس وليس العكس

وبعد ذلك دعى حضرة الدكتور محمود كامل على فتكلم عن أربع مشاهدات عن أحوال الرحم المزدوج

عن السكرتير

الدكتور محمد محفوظ

محضر الجلسة العلمية

السابعة والثلاثين للجمعية الطبية المصرية باسكندرية

عقدت الجلسة بمقر الجمعية الطبية المصرية بنادى موظفى الحكومة رقم ٥ بميدان اسماعيل الاول بمحطة الرمل الساعة السابعة والنصف من مساء يوم الاربعاء ٢٤ نوفمبر سنة ١٩٢٦ تحت رئاسة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر رئيس الجمعية وحضور ٢٥ من الاطباء وقام حضرة رئيس الجمعية مهنئاً السكرتير الدكتور عبد الواحد افندى الوكيل بعودته ناجحا متمنياً أن يقوم بخدمة الجمعية كما عودها وقدم حضرة الدكتور عزيز افندى عبد المجيد فالقى محاضرته المذكورة فى غير هذا المكان عن (واجبات الطبيب)

و بعد القائها دارت عدة مناقشات فى موضوعها فالدكتور محمود افندى كامل على أشار الى علاقات الاطباء ببعضهم ببعض وقال ان التخصص هو من طرق تلك العلاقات وأنه يرى ان كل طبيب مصرى تسمح له ظروف بالتخصص يجب عليه أن يفعل ذلك خدمة لمرضاه ولفنّه

والدكتور عبدالرحمن افندى سامى شكر المحاضر وأشار الى ما تعودته مصلحة الصحة العمومية من السماح بنشر عقوبات الاطباء فى الجرائد السيارة وان هذا العمل المؤلم من نتيجة انعدام ثقة الجمهور بالاطباء خصوصا وأن الجمهور لا يسمع عن عقوبات أرباب المهن الاخرى .

وأشار الى بعض الجرائد التى اتخذت من ذلك سبباً للحط من قيمة الاطباء وطلب الى الجمعية ان توجه انظار أولى الامر الى ملافاة ذلك

ثم أبدى موافقته على ما جاء فى المحاضرة من أن واجب الطبيب عدم التمادى فى الاعمال السياسية وذكر ان أطباء الانجليز لا يتداخلون فى السياسة الا بعد

تركهم مهنتهم ثم أشار الى واجب المستشفيات نحو المرضى الفقراء الذين يرسلهم الاطباء الخصوصيون لعمل الخاص خاصة كالاشعة وغير ذلك وأشار أيضاً أنه يجب عمل تشريع خاص بعقوبات مشددة على بعض الصيادلة الذين يهملون بعض العناصر المهمة فى تذاكر الاطباء لمرضاهم

فقام حضرة الدكتور عبد الرحمن بك عمر وأبدى رأيه على ماجاء فى المحاضرة من أن يتفرغ الاطباء لفنهم بان الاطباء كغيرهم من الناس لهم أن يطمحوا أيضاً الى توالى المناصب العمومية السامية وضرب مثلا على (ابن سينا) أنه كان سائراً على زمانه الذى تفككت فيه الدولة العباسية ومع أنه كان أول من وضع دستوراً عملياً لدراسة الطب فان ذلك لم يمنعه من تولى مناصب الوزارة الخطيرة فى زمانه. ثم أشار أن بعض اللوم يجب ان يوجه نحو الجمهور الذى لا يساعد الطبيب على القيام بواجباته ثم أشار الى حادثة نشر عقوبات الاطباء بالجرائد وأكد عن ثقة أن مصلحة الصحة لم تأمر به وتألمت له فاوقفته ثم فصّل الترتيب المتبع لقبول المرضى الذين يرسلهم الاطباء الخصوصيون فى المستشفى الاميرى

وبعد مناقشات عديدة أخرى قام السكرتير شاكراً ما وجهه حضرة رئيس الجمعية واعضائها اليه وشكر المحاضر على محاضرته القيمة وأعلن عن موعد المحاضرة التذكارية الاولى للمرحوم ظيفل باشا رئيس الجمعية الاسبق ثم وافق الحاضرون على توالى عقد الجلسات فى مقر الجمعية بنادى موظفى الحكومة وأيضاً على الترتيب المزمع عمله بين ادارة الجمعية وادارة ذلك النادى

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة مساء

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

باب الاخبار الطبية

المصرية والاجنبية

١

المرحوم

الدكتور لولين باويل فيليبس

The Late Dr. Llewellyn Bowell Phillips M,A., M.D, B.C. Cantab.; F.R.C.S., F.R.C.P.

الاستاذ الفخرى للامراض الباطنة بكلية الطب بالقاهرة

ننعى بمزيد الاسف وفاة المرحوم الاستاذ الدكتور فيليبس عاجلته المنون صباح يوم السبت أول يناير سنة ١٩٢٧ بالقاهرة أثر مرض طويل

ولد الفقيد فى ٢٨ يوليه سنة ١٨٧١ بجنوب بلاد ويلس وكان أبوه الدكتور جيس فيليبس الطبيب بمدينة كارديجان فى الجهة المذكورة وقد تلقى دروسه الاولى فى كلية أبسوم وبعد ذلك فى جامعة كامبردج بكلية جونفيل وكيز وحصل على درجة بكالوريوس فى الفنون بأعلا درجات الشرف فى علوم التاريخ الطبيعى من جامعة كامبردج فى سنة ١٨٩٢ ثم على درجة الاساتذية فى الفنون من الجامعة المذكورة سنة ١٨٩٦

وحضر دروسه الاكلينكية فى الطب بمستشفى القديس برثلومى بلندن وحصل على دبلوم الطب من كلية الاطباء الملكية بلندن وكلية الجراحين الملكية بانجلترا فى سنة ١٨٩٤ وجاز امتحان درجة بكالوريوس فى الطب والجراحة من جامعة كامبردج سنة ١٨٩٥

وتقلد وظائفه الاكلينكية الاولى فى مستشفى القديس برثلومى فكان طبيبا مقيما في قسم الجراحة ومساعدا خارجيا فى قسم الولادة ومعيدا فى التشريح فى كلية الطب بها وبعد ذلك تعين طبيبا مقيما في قسم الامراض الباطنية بالمستشفى الملكى الحر بلندن وحصل على درجة زميل بكلية الجراحين الملكية بانجلترا سنة ١٨٩٨

وحضر الى مصر سنة ١٩٠١ وتعين نائبا لقسم الجراحة بمستشفى قصر العينى ثم رجع ثانيا الى انجلترا وحصل على درجة دكتور فى الطب من جامعة كامبردج سنة ١٩٠٣ مقدما رسالة عن « بعض ملاحظات عن مرض الديابيطس والبول السكرى من الوجهة الجراحية » وحصل فى نفس السنة على درجة عضو الكلية الملكية للاطباء بلندن

وتعين في مصر استاذا للطب الاكلينكى وطبيبا بمستشفى قصر العينى وبدأ أعماله فى الامراض الباطنة بنجاح عظيم بعد أن كرس وقتا طويلا للجراحة بعد تخرجه وترقى الى أن صار أستاذا للامراض الباطنية بمدرسة الطب وكبير اطباء القصر العينى وكان فى عمله محبوبا من جميع زملاءه ومرءوسيه وديع الاخلاق وقد انتخب فى سنة ١٩٠٩ زميلا بكلية الاطباء الملكية بلندن وهذا اقصى ما يمكن لطبيب باطنى الحصول عليه من درجات الشرف وعند بدء الحرب العالمية الكبرى سنة ١٩١٤ تطوع فى الجيش البريطانى فعين ليفتننت كولونيل ووكلت اليه الرئاسة الشرفية لمستشفى الصليب الاحمر بالجيزة واعانته فى ادارة ذلك المستشفى زوجته وظل طول مدة الحرب محافظا على تأدية واجباته فى مدرسة الطب مضافا اليها تدريس علم المادة الطبية

اما عن اعماله خارج المستشفى فقد كان طبيبا باطنيا ماهرا يؤم عيادته العدد الوافر من المرضى وكان الكثير من زملائه يستشيرونه فى الحالات المهمة وكان طبيب المغفور له السلطان حسين والطبيب الاول لشركة جريشام للتأمين على الحياة فى مصر وفلسطين

وقد نال من الاوسمة المصرية نشان النيل من الدرجة الثالثة والنشان المجيدى من الدرجة الثالثة

وللدكتور فيليبس مقالات متعددة نشرت فى المجلات الانجليزية اتينا على المهم منها فى آخر هذا المقال

وقد تزوج سنة ١٩٠٤ من رئيسة الممرضات بمستشفى قصر العينى وقتئذ وقد رزق منها بثلاث بنات وقد كان المرحوم الدكتور فيليبس من المهتمين بجمع المسكوكات القديمة وهو أول من استعمل التلغراف اللاسلكى فى القاهرة

وقد اعتزل خدمة الحكومة المصرية فى مارس سنة ١٩٢٥ ولكنه استمر على العمل فى عيادته بالقاهرة وقد انتخبه مجلس ادارة كلية الطب استاذا شرفيا للامراض الباطنية اعترافا باعماله القيمة فى هذا المعهد مدة تربو على ٢٥ عاما

وقد احتفل بتشييع جنازته جمهور كبير من الاطباء بالقاهرة سار فيها مندوب جلالة الملك ومعالى وزير المعارف ووكيل الوزارة وكثير من طلبة الطب الى أن ووري التراب مأسوفا عليه من جميع عارفيه وبذلك انقضت حياة قوامها الاخلاص فى العمل سواء كان ذلك فى معالجة المرضى او القيام بالتدريس وربما كان سبب تعجيل وفاته فى سن الخامسة والخمسين تفانيه فى تأدية واجباته مضحيا براحته البدنية فى هذا السبيل

مؤلفات المرحوم الدكتور فيليبس

سنة

١٩٠٢ بعض ملاحظات عن مرض الديابطس والبول السكرى من الوجهة الجراحية « رسالة لدرجة دكتور في الطب من جامعة كامبردج »

١٩٠٤ علاقة مرض الملاريا بالاستسقاء

مذكرات مدرسة الطب

سـنة

١٩٠٥ تأثير اليوكاليبتوس فى طرد ديدان الانكلستوما
مجلة امراض المنطقة الحاره بلندن

١٩٠٦ تأثير زيت اليوكاليبتوس فى طرد ديدان الانكلستوما
مجلة اللانست الطبية

١٩١٠ حمى الذبابه الرملية « حمى فيلبيوتوموس » فى القاهرة
المجلة الطبية البريطانية

١٩١٠ حمى التيفوئيد والبارتيفوئيد فى مصر
المجلة الطبية البريطانية

١٩١٥ عدوى الاميبا والدوسنطاريا « كتاب »

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

٢
رعاية الطفل بالقطر المصرى

ستفتح مصلحة الصحة العمومية في النصف الأخير من هذا الشهر ثلاث مراكز لرعاية الطفل بالقاهرة (واحد ببولاق والثانى بمصر العتيقه والثالث بالدرب الاحمر) وسيكون بكل مركز طبيبان وخمس مولدات أما الطبيبان فيقومان بالكشف على الحوامل يوم واحد كل اسبوع ويبحث بولهن ودمهن ومعالجتهن من الامراض التى توجد عندهن ليضعن اولادا أصحاء البنية ينفعون فى المستقبل انفسهم وعائلاتهم وبلادهم ويكشفان على الاطفال الذين يولدون بمعرفة المركز يومين فى الاسبوع واذا اكتشفا مرضاً بسيطا أو ضعفا عالجاه والا احالوا المريض على اقرب مستشفى والثلاث ايام الباقية من الاسبوع يكشفان على مرض الاطفال بالعيادة الخارجة للمستشفى ويقومان بعلاجهم . اما المولدات فاثنتان منهن تؤديان طلبات النهار واثنتان تشتغلان ليلا والخامسة تؤدى اعمال رياسة المحل وتنظيم العمل وستولد السيدات

الحوامل فى منازلهن ثم يزورهن بعد الولادة للتحقق من سلامتهن وصحتهن وصحة اطفالهن وهذا عمل جديد من نوع جديد لم يسبق لمصلحة الصحة مباشرته من قبل ستعممه تدريجيا فى المستقبل القريب بالقاهرة وغيرها من بلاد القطر

٣

تشيكو سلوفاكيا ومصر

اوفدت حكومة تشيكوسلوفاكيا الدكتور جروس الاختصاصى في أمراض النساء للمباحثة مع اولى الشأن بمصر والاتفاق معهم على عمل تبادل الخدامات الطبية بين القطر المصرى وتشكوسلوفاكيا وقد قابل جنابه حضرة صاحب السعاده وكيل وزارة الداخلية للشؤن الصحية وحضرة صاحب العزة الدكتور على بك ابراهيم وتكلم معهما فى هذا الامر وقد ذكر جنابه أن نحو ١٨٠٠٠٠ شخص تزورون بلاد المياه المعدنية بتشيكوسلوفاكيا كل سنة منهم نحو ٣٠٠٠٠ شخص من أغنياء سواح العالم وتشيكوسلوفاكيا مستعدة لعمل بروبجندا فعالة بينهم لترغيبهم فى زيارة مصر والاستفادة من جوها زمن الشتاء بدلا من البلاد الاخرى التى ينزحون اليها لتمضية الشتاء وقد طلب جنابه طلبات هى موضع البحث الآن بمعرفة مجلس ادارة الجمعية الطبية

٤

كوزماتيك مصرى قديم

وجد المستر هوارد كارتر بمقبرة توت عنخ امون ببيبان الملوك بالاقصر آنية مقفولة بها كوزماتيك مصرى قديم « والمفهوم ان الآنية تم قفلها بتأثير تبلور بعض الاملاح ووجودها اكثر من ٣٠٠٠ سنة بجو نقى ـ عقيم » ولما فتحت وجد

داخلها مواد دهنية لونها كالشكولاته وبها بعض بقع صفراء وهذه المادة تذوب بحرارة اليد ورائحتها كرائحة جوز الطيب او الفاريانا وقد حللاها كيماويا المستر شابمان والمستر بندرليث واستنتجامن التحليل ان مقدار المادة الدهنية يبلغ ٩٠٪ وانها غالباًمادة دهنية حيوانية وليست نباتية ومقدار ١٠٪ الباقية منها مكونة من صمغ او بلسم و ينسبون الرائحة للتأكسد الذى حصل بالمادة الصمغية

٥

— الامتحانات الطبية بفرنسا —

كانت القاعدة المتبعة بفرنسا لغاية الآن ان الطالب الذى يسقط فى مادة واحدة يعاد امتحانه فيها بعد اشهر قليلة مادام قد نجح فى جميع المواد الاخرى ولكن صدر حديثا ديكريتو يجيز للطالب الذى سقط فى مادة واحدة ان يعيد الامتحان فى المادة نفسها ان كان قد نجح فى المواد الاخرى جميعها وتحصل على ٧٠٪ من الدرجات المخصصة لها والا يعاد امتحانه بعد سنة دراسية كاملة فى جميع المواد

٦

— علاج جديد لمرض النوم —

استعمل بنجاح فى الكنغو الفرنساوية الجوهر ٢٧٠ فورنو لعلاج أحوال مرض النوم بواسطة الحقن تحت الجلد مبتدئاً بمقدار لا يزيد عن ٣ ر٠ لكل كيلوا جرام من وزن المريض و يمكن زيادة المقدار لغاية ٧ر٠ ويجب تخفيض المقدار فى أواخر الدور الثانى وكذا فى أواخر المرض

٧

الحقن الواقى للحمى للتيفودية

قدمت أخيرا لائحة لمجلس الشيوخ الفرنساوى تجعل عملية الحقن ضد التيفود إجبارية

٨

طلى الآلات الجراحية بالكروميوم

لقد ظهر بالتجارب أن الآلات الجراحيـة اذا طليت بطبقة من الكروميوم لا يعلوها الصدأ ولا تتأكل ووضعت الآلات التى من هذا النوع مدة ٢٤ ساعة فى محلول سليمانى ١ فى ٢٠ ومحلول فنيك ١ فى ٢٠ أيضا فلم يحصل بها أى تغير ووضعت أيضا عدة أيام فى الماء فلم يحصل لها أى تغير وعليه فاذا أثبتت الايام صحة هذه التجارب فان الجراح يرحب و يسر باستعمال الآلات الجراحية المغطاة بهذه الطبقة

دكتور عبد الحليم محفوظ بك

حفلة العشاء السنوية

للجمعية الطبية المصرية

أقامت الجمعية حفلة عشاء فاخرة بمناسبة انتهاء العام السابع على تأسيسها في الساعة الثامنة والربع من مساء الخميس ٢٣ ديسمبر سنة ١٩٢٦ فى فندق الكونتنتال. فوفد فى الموعد جموع الاعضاء والمدعوين — يتقدمهم حضرة صاحب المعالى وزير المعارف والسير كوبربرى والاستاذ بيرارد والدكتور مادن — والاساتذة ولسون ودوبن ودولبى وسدنى سميث وبابايونى وجوت وبلانتير وغيرهم. وعند اكتمال عقد الحفلة افتتحها صاحب العزة الدكتور نجيب محفوظ بك وكيل الجمعية الأول. وبعد تناول العشاء اعلن حضرته اعتذار حضرة رئيس الجمعية بسبب انحراف طرأ على صحته اضطره لملازمة الفراش وانه اناب عنه حضرة الدكتور ابراهيم الشوربجى بك فى القاء الكلمة التى كان ينوى القاءها فى الحفلة فقام حضرته وبدأ الكلام مفسراً أسبب ايقاف اقامة هذه الحفلة فى الثلاث السنوات السابقة حداداً على وفاة رئيسى الجمعية السابقين المرحومين عيسى حمدى باشا وحسن ظيفل باشا ورئيسها بالنيابة الدكتور سعد الخادم بك. ثم انتقل الى تأثير التعليم بالعربية فى حياة الاطباء المصريين واهمية ذلك من حيث تشخيص وعلاج الامراض المختلفة واشتراك اكثر من فرد فى علاج حالة واحدة وكيف ان ذلك كان السبب في تأسيس المجلة الطبية المصرية عام ١٩١٧ ثم تكلم عن مجهود الذين قاموا ويقومون بتحرير هذه المجلة وتقدم المام الاطباء المصريين عموما باللغة الطبية المصرية وقد خص بالشكر حضرتى الزميلين الدكتور احمد عيسى بك والدكتور محمد شرف على جهودهما الشاقة التى تكبداها فى خدمة العربية فى اخراج القاموس الطبى العربى وكذلك الدكتور محمد عبد الحميد بك على مؤلفاته العديدة التى اخرجها بالعربية وبقية الزملاء الذين أدوا واجبهم نحو خدمة المهنة من هذه الوجهة

ثم انتقل الى أثر الجمعية وجهود اعضائها من حيث معالجة ما يهم البلاد من امورها الصحية وامراضها الخاصة الامر الذى لا يتسنى لغير المصرى القيام به وختم الكلام فى هذه النقطة بشكر حضرات أعضاء الجمعية لاسيما أعضاء مجلس الادارة ولجنة تحرير المجلة على مايقومون به من المجهودات فى سبيل اعلاء شأن الجمعية ثم أعلن شكرها لوزارة المعارف ومصلحة الصحة على تقريرهما اعانة سنوية للجمعية قدرها ٢٥٠ جنيها من كل خاصا بالشكر حضرة صاحب الدولة رئيس مجلس الوزراء وصاحب المعالى على بك الشمسى وصاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا الذين يؤدون للبلاد أقدس الخدمات فى ظل حضرة صاحب الجلالة محيى العلوم والمعاهد العلمية الملك فؤاد الاول داعيا حضرات المحتفلين لشرب نخب جلالته فقاموا جميعا اجلالا واحتراما وشربوا

ثم قام الدكتور السباعى بك وألقى الخطاب الذى كان حضرة صاحب السعادة محمد شاهين باشا ينوى القاءه لولا تغيبه فى معية صاحب الجلالة فى رحلته السعيدة. وقد أبان فيه حضرته أهمية عمل الجمعية وخدماتها وحسن تقديره لها واحلالها المحل اللائق من حيث التنفيذ خدمة المصلحة العامة التى هى رائد كل مصرى وتمنى للجمعية تقدما ورفاهية مضطردة حتى تقوم بخدمة البلاد على أتم وجه معلناً ان مصلحة الصحة فى مقدمة السلطات التى وضعت نصب عينها معاونة الجمعية على النهوض وختم الكلام بمطالبة المحتفلين بشرب نخب رفاهيتها فاجابوا .

ثم قام حضرة رئيس الحفلة شاكراً له تمنياته الجميلة لمستقبل الجمعية وحسن تقديره لماضى أعمالها وشكره بصفة خاصة على ما ذكره من وضعه قرارات الجمعية فى منزلة خاصة وعناية تامة بها وذكر أن تعاون الهيئات الرسمية مع غيرها خير كفيل لبحث المشروعات من وجهات نظرها المختلفة والوصول بها الى الغاية التى يبتغيها كل مصلح . وختم خطابه بتكرار الشكر لسعادة محمد شاهين باشا راجياً ان تكون الجمعية دائما عند حسن ظنه بها

تحية كلية الطب

وبعد الانتهاء قام حضرة الدكتور نجيب اسكندر وحيا كلية الطب بكلمة القاها بالانجليزية تناول فيها تاريخ مدرسة الطب وكيف انها تعد من اقدم المعاهد المصرية فعدد بعض الذين برزوا باعمالهم وخدمتهم لها مثل المرحومين الدرى باشا البقلى . محمد على سليم . ابراهيم باشا حسن . علوى . شكرى . طلعت . عثمان غالب . عيسى حمدى . لوس بلهارز . سودوز . الخ

وقد أثنى على الاساتذة الاجانب الذين تدين الكلية لهم بالفضل مثل سيمرز واليوت سميث وليبير وذكر بالفخر فضل الكلية على أبنائها الذين خرجتهم وكان لهم قسط وافر من خدمة البلاد

ثم انتقل الى الكلام عن البناء الجديد للكلية شاكرا لحضرة صاحب المعالى وزير المعارف الحالى فضله فى القرار الاخير الذى سيكون له أثر كبير فى تقدم هذا المعهد الجليل وختم الكلام بطلب اشتراك المحتفلين فى شرب نخب الكلية فاجابوا

ثم قام جناب الدكتور مادن ناظر الكلية فشكر لحضرته تحيته واتبع ذلك بذكر نبذة عن حياة المعهد العلمية ورجاله

تحية الضيوف

ثم قام حضرة الدكتور محمود ماهر بك وكيل الجمعية وحيا حضرات ضيوف الجمعية فى الحفلة بالانجليزية بالنيابة عنها بكلمة قابلها حضراتهم بالاستحسان والقبول ختمها بطلب شرب نخبهم فاشترك الجميع فى ذلك . وبعد الانتهاء القى معالى الوزير الكلمة الآتية

سيدى الرئيس ايها السادة

انى اشكر حضرات أعضاء الجمعية الطبية المصرية على تفضلهم بدعوتى واشتراكى

معهم فى هذه الحفلة الجميلة. وان من بواعث سرورى أن أرى بين حضراتكم عالمين من علماء الطب بانجلترا وفرنسا هما السير كوبر برى والدكتور ببرار وأن أرى بين حضراتكم أيضاً بعض أساتذة مدرسة الطب دلالة على حسن التضامن

وانى متتبع لاعمال جمعيتكم منذ عشر سنوات فى جميع مباحثاتها العلمية الجليلة للطب والاطباء ولعل أحسن حسناتها جمع شمل الهيئة الطبية المصرية

ويسرنى أن اعلنكم أن الوزارة التى تقدر أعمال الجمعية ومجهوداتها ليس كل ما ستعمله جزاء خدماتها الاعانة المالية فقط بل شيئا آخر يعلمه حضرة رئيس الجمعية

وقبل أن أختم كلامى اشكر حضرات الخطباء على ما خصونى به من عبارات الثناء وارجو للجمعية التوفيق والنجاح (تصفيق)

ثم تلا ذلك خطاب الدكتور ولسون بالشكر على تحية الجمعية لضيوفها مشيرا الى أهمية مهمة السير كوبر برى من حيث تأثيرها على الوسط الطبى فى مصر واعداد هيئات علمية تناهض مثيلاتها فى أوروبا

ثم قام حضرة الدكتور محمد عبد الحميد بك والقى خطابا شيقا تجلت فيه عواطف وتمنيات الاعضاء نحو جمعيتهم

وبعد ذلك قام حضرة الدكتور أحمد حمدى والقى كلمة رقيقة حيا بها حضرة رئيس الجمعية معددا مناقبه ومجهوده ختمه بمطالبة الحضور بشرب نخبه فاجابوا

ثم قام حضرة الدكتور محمد خليل عبد الخالق للرد عليه نيابة عن الرئيس بكلمة دلت على حسن تقدير حضرة الرئيس للدكتور أحمد حمدى وختمها بشكره الفائق على ثنائه وتحيته

ثم عقب ذلك خطاب جناب الدكتور بلانتير عضو مجلس الجمعية الطبية الفرنسية العامة بشكر حضرات رئيس واعضاء الجمعية الطبية المصرية على حفاوتهم بالضيوف الفرنسيين دلت على رقى شعورهم وسمو اخلاقهم وحسن ظنهم بالجمعية

الطبية . طلب فى ختامها بعد أن نادى بحياة مصر . شرب نخب الجمعية فاشترك الجميع فى ذلك

ثم تلاه حضرة الدكتور بابايوانى بكلمة رقيقة حيا بها الجمعية ورئيسها

ثم انفض الجمع بعد أن أخذت صورته وقد تركت الحفلة فى نفس كل محتفل احسن أثر من حيث تضامن الهيئة الطبية وقد كان يبدو على وجه كل شعور التضحية لخدمة الجمعية واغراضها

اينسولين ' تابلويد '

هيبودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقي طاهر)

TRADE MARK 'TABLOID' BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الانسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالانسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحصول بتحليله فى الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات فى انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا فى ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

اينسولين ' ولكم '

TRADE MARK 'WELLCOME' BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارجة للعادة اذ اتضح انه لايتلف ولا يضعف قط تأثيره فى البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار فى ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات اكلينيكية طبية وملاحظات طبية وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركاؤهم

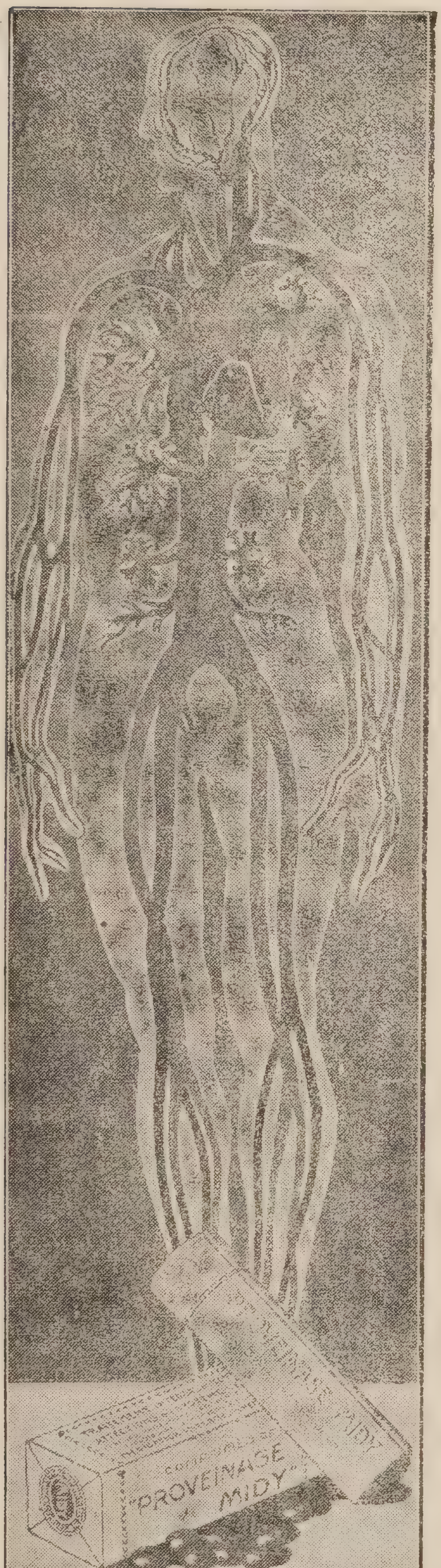
فى لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

SYNERGIE NOUVELLE

REGULATRICE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE
ET DE SES CONSÉQUENCES

عدم تكافؤ الاوردة ونتائجها



PROVEINASE MIDY

COMPRIMÉS

أقراص بروڤيناس ميدى

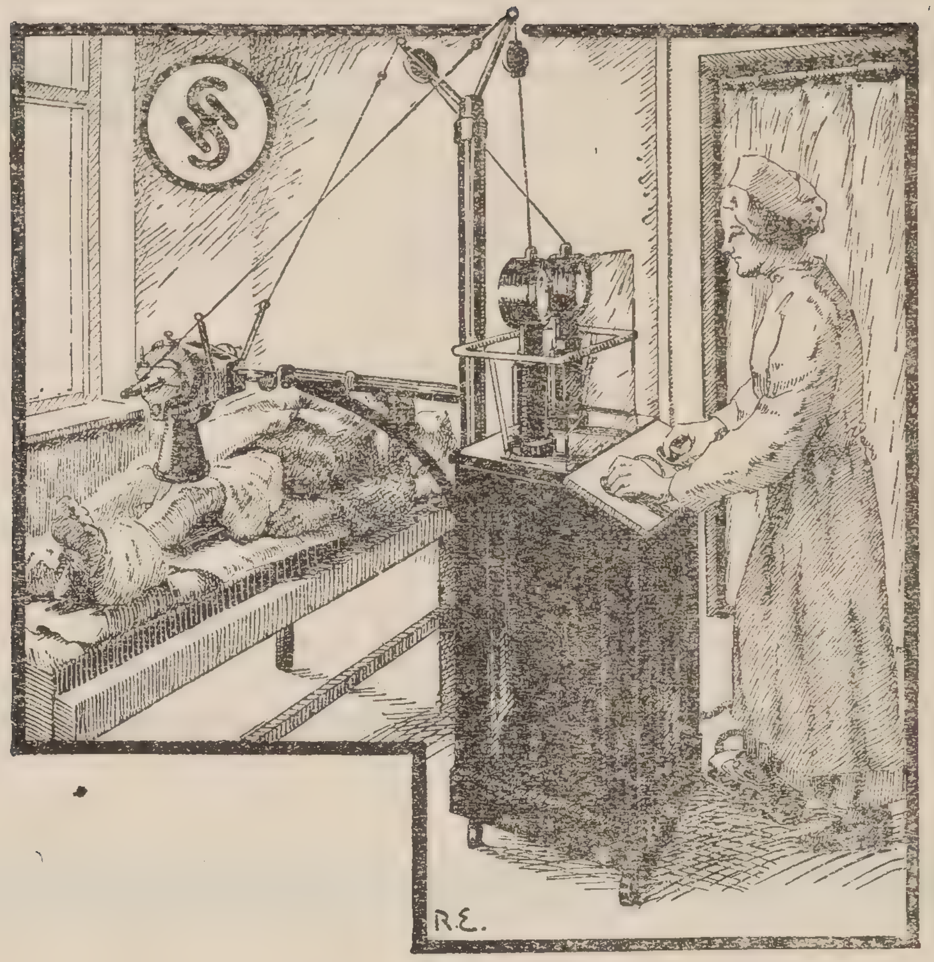
2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

المقدار من ٢ — ٦ أقراص فى اليوم

دواعى الاستعمال

ارتخاء جدران الأوردة — الدوالى — الجروح الوريدية — البواسير — التهاب الأوردة — أوزيما وريدية — تصلب الأوردة — الحالات الاحتقانية المتنوعة: — احتقان الكبد — احتقان البروستاتا — احتقان الرحم والمبيض — الضعف — الاضطرابات الناشئة عن سن اليأس والمراهقة

الوكيل العام بالقطر المصرى
المسيو فيكتور ماتيه بالاسكندرية



المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette angue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L.E.	A la fin de la Revue L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة — مصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد الثانى فبراير ١٩٢٧ FEBRUARY السنة العاشرة

الفهرس

الاشتراكات : — ٦٠ داخل القطر و٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : — تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : — ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م . مصر ٢٧ _ ٥٠٠

الاشتراكات المتأخرة

ترجوا ادارة المجلة من حضرات المشتركين الذين لم يسددوا اشتراكاتهم عن السنة الجديدة بعد ان يتفضلوا بارسالها فى أقرب فرصة حتى لا تضتطر لمنع ارسال المجلة ؟

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى سنتها عشرة شهور

العدد الثانى | فبراير سنة ١٩٢٧ | السنة العاشرة

ملخص محاضرة الاستاذ بيرارد

الجراح بجامعة ليون

عن عملية قطع الاضلاع

القاها امام الجمعية الطبية المصرية فى مساء ٢٢ ديسمبر سنة ١٩٢٦

وقام بترجمتها

الدكتور اندراوس عريان

انى سعيد جداً لتفضلكم بدعوتى لالقاء هذه المحاضرة أمام الجمعية الطبية المصرية فانى فى هذا الاجتماع أذكر بمزيد السرور الصداقة المتينة الموجودة بين الشعبين الفرنسى والمصرى وبدعوتكم اياى هذا المساء تتركونى وفى مخيلتى أحسن تذكار أذكره من زيارتى للبلاد المصرية . فليتفضل حضرة الرئيس بقبول فائق شكرى كذلك حضرة ناظر الكلية

وموضوع محاضرتى هذا المساء هو العلاج الجراحى للسل الرئوى وهذا ليس من السهولة بمكان . فالمعلوم أن العلاج الجراحى لجزء متدرن يستلزم البتر ولكننا فى هذه الحالة نعجز تماماً عن بتر الرئة

وكذلك كان جل اعتماد الاطباء لحالات السل الرئوى على العلاج الصحى الخاص بالمناخ والشمس والهواء والراحة والتغذية و بعض العقاقير الطبية منها زيت السمك وأملاح الجير التى تساعد على تكاس الاصابات الدرنية

ولكن هذا العلاج ولو أنه قد يؤدى الى شفاء حالات كثيرة فان هناك بعض الطرق تأتى بنتائج أنجع منه فلو اقترنت مثلا هذه الارشادات الصحية مع اراحة الجزء المريض كانت النتائج أحسن بكثير ولذلك وجد أنه اذا كان المرض فى جهة واحدة من الصدر أمكن أن تريح هذه الناحية بحقن التجويف البلورى بالهواء أو بالازوت وذلك ما يعرف بعملية الصدر الهوائى الصناعى

ولكن هناك حالات يوجد فيها المرض فى رئة واحدة ولا يمكننا أن نعمل عملية الصدر الهوائى الصناعى لوجود التصاقات بلوراوية حدثت عقب التهاب بلوراوى أو امتداد الدرنات الى البلورا فانه فى هذه الحالات لو حاولنا ضغط الرئة لحصلت تمزقات فى البلورا وتسبب عن ذلك حدوث نزيف داخل التجويف البلوراوى أو حصول انثقاب فى الرئة مع مايعقب ذلك من اعراض الصدر الهوائى المرضى وجميعكم تعلمون خطورة هذه الحالات .

ويمكن معرفة الالتصاقات البلوراوية مقدماً بواسطة أشعة رنتجن بان تكون العتامة شديدة وحركة الأضلاع ضعيفة أو معدومة والأضلاع متقاربة على بعضها والناحية من الصدر تتحرك كتلة واحدة

وفى بعض الحالات الأخرى بعد الابتداء فى الصدر الهوائى الصناعى و بعد عمله جملة مرات نجد أنفسنا فى حالة غير قادرين على الاستمرار فيها لوجود التصاقات حديثة أو لوجود انسكاب بلوراوى مصلى أو صديدى

وفى الحالات الأخرى التى تكون الاصابة أغلبها فى قاع الرئة فان الضغط الناشىء من الصدر الهوائى الصناعى لايكفى لأراحة الرئة

ففى هذه الثلاث حالات اذا أراد الطبيب مساعدة مريضه فليس أمامه الا عملية قطع الأضلاع من الناحية المريضة حتى يزول أثر الحماية التى تقوم بها الحائط الصدرى على الرئة من تأثير الضغط الهوائى

ولقد قال Friedrich بقطع جميع الأضلاع من الأول الى الحادى عشر من الأمام الى الخلف ولـكن هذه عملية خطرة للغاية ونسبة الوفيات فيها كبيرة جداً ولذلك يندر استعمالها والعملية المتبع عملها الآن هى عملية Sauerbruch بأن يقطع الجزء الخلفى من الأضلاع المجاور للعامود الفقرى مقدار ٧ الى ١٠ سنتمترات من كل ضلع فهذا يقلل حجم التجويف الصدرى الى النصف وهذه أحسن ما يمكن الوصول اليه ولقد انتشرت هذه العملية انتشاراً كبيراً فى المانيا وسويسرا

وقد اشار Tuffier بأنه فى حالة وجود المرض فى قمة الرئة فقط يكفى ضغط القمة بانبوبة من المطاط أو بوضع جزء من العضل مقابل الجزء المصاب بدون داع الى فتح التجويف البلوراوى

وهناك عملية اخرى وهى قطع العصب الحاجبى فانه بواسطة هذه العملية يشل النصف المقابل من الحجاب الحاجز ويرتفع فى الصدر ويضغط على الرئة وخصوصا الجزء الاسفل منها وهذه العملية سهلة جدا وليس لها أية نتائج سيئة ويمكن عملها فى وقت قصير والنتائج التى تأتى بها باهرة جدا

وفى حالات كثيرة يمكن عمل عملية قطع العصب الحاجبى مع عملية قطع الاضلاع وخصوصا اذا كانت الاصابة فى قاع الرئة فانه يكتفى بقطع الاضلاع السفلى مع قطع العصب الحاجبى

ولـكنه يجب ملاحظة انه لا يمكن ضغط الرئة ضغطا كافياً الا اذا قطعت جميع الاضلاع فانه اذا بقى الضلع الاول وهو مفتاح الرئة كان الضغط قليلا

وفى الحالات السالفة الذكر تكون العملية واجبة ولـكنها ليست محتمة على أنه

فى بعض الحالات يجب الاسراع فى عملها كما يسرع الجراح فى عمل استئصال الزائدة الدودية وذلك في حالات انثقاب الرئة وحدوث الصدر الهوائى المرضى فانه فى هذه الحالات يحدث ألم شديد فى الصدر وارتفاع فى درجة الحرارة وهبوط عظيم وعدم القدرة على التنفس ويكون النبض سريعاً ومتقطعا وحالة المريض سيئة ويحصل من ذلك القىء الصديدى فاذا لم يسرع الجراح بفتح التجويف البلوراوى وخياطة الناسور الحادث وضغط الرئة بواسطة قطع الاضلاع انتهت حالة المريض الى الوفاة

العملية : ـ العملية اما عمومية أو جزئية ففى العملية الجزئية يكتفى بقطع نصف الاضلاع أو اكثر، وذلك اذا كانت الاصابة فى القمة، فيمكن الاكتفاء بقطع الخمسة أو الستة الاضلاع العليا. وفى حالة وجود الاصابة فى القاع يكتفى كذلك بقطع ستة اضلاع أو ثمانية اضلاع من الاسفل وفى كلتى الحالتين يمكن عمل عملية قطع العصب الحاجبي ولكنه يستحسن جدا أن تكون العملية عمومية حتى يكون الضغط على الرئة كافيا

ويمكن الالتجاء الى العملية الجزئية اذا كانت حالة المصاب سيئة ولا تسمح بالعملية العمومية على ان تكمل فيما بعد عند تحسن حالة المريض

وفى بعض الحالات أمكن قطع ١٠٠ أو ١٢٥ سنتمتراً من الاضلاع ولقد يتصور الانسان بان العملية مخيفة ومزعجة وانه لا يمكن لاى مريض ان يتحملها ولكن الحقيقة بخلاف ذلك فان الوفيات عقب العملية لم تزد على ١٠ الى ١٥ فى المائة وهذه نسبة ضئيلة اذا قورنت بحالة المرضى الذين تعمل لهم العملية

ويفضل جداً التخدير الموضعى فانه فى هذه الحالة تكون الصدمة خفيفة ويكون المريض طوع امر الجراح يتحرك حسبما يريد ولذلك يبدأ بحقن محلول النوفوكايين ١٪ بطول خط يبدأ موازيا للعامود الفقرى من الضلع الاول الى الضلع الخامس ثم ينحرف

الى الخارج والاسفل ليقابل الضلع العاشر عند الخط الابطى الخلفى ثم تعمل حقن من النوفاكايين فى العضلات ثم يحقن تحت قطع كل ضلع مقدار سنتمتر أو سنتيمترين من المحلول

وبهذه الحلة يمكن للجراح ان يتمم عمليته بدون ان يشعر المريض أو يتأوه

وقد يكون التخدير العام ضروريا فى الحالات التى يرفض فيها المريض عمل العملية فى حالة الصحو أو كان المريض لا يتحمل النوفوكايين بان ظهرت عليه اعراض التسمم بعد حقن جزء يسير من محلول النوفوكايين فانه فى هذه الحالات لا يجب ان يستمر فى الحقن ويجب الالتجاء الي التخدير العام وفى حالات قليلة حيث يجب الاسراع يستحسن ان يكون التخدير عاماً ولكن فى الحالات التى يكثر فيها البصاق مثلا يجب تخدير المريض تخديراً عاماً

كيفية التخدير العام : — يعطى المريض ٤٠ نقطة من Somniféne فى المساء و ٤٠ نقطه اخرى فى الصباح ثم يحقن حقنة مورفين قبل العملية بساعة وعند البدء بالعملية يعطى بعض نقط من ChlorethyI وهذا عادة كاف واذا وجد غير ذلك فيعطى الاتير نقطة نقطة حسب الطريقة الاميريكية

العملية نفسها بسيطة للغاية فيقطع الجلد على طول الخط وبجرة المشرط جرة اخرى تقطع العضلات وتربط الشرايين أولا فأولا واذا ما وصلنا الى الاضلاع رفع السمحاق ثم قطع الضلع بمقص Doyen فيبدأ من الاسفل بان يقطع من كل ضلع ٨ أو ١٠ سنتيمترات فاذا ماوصلنا الى الضلع الخامس وجدنا عظمة اللوح فى الطريق ويمكن ازاحتها للخارج والاستمرار فى العملية

اما الضلعان الثانى والاول فيكتفى بان يقطع من كل منهما سنتومتران وذلك لوجودهما على عمق

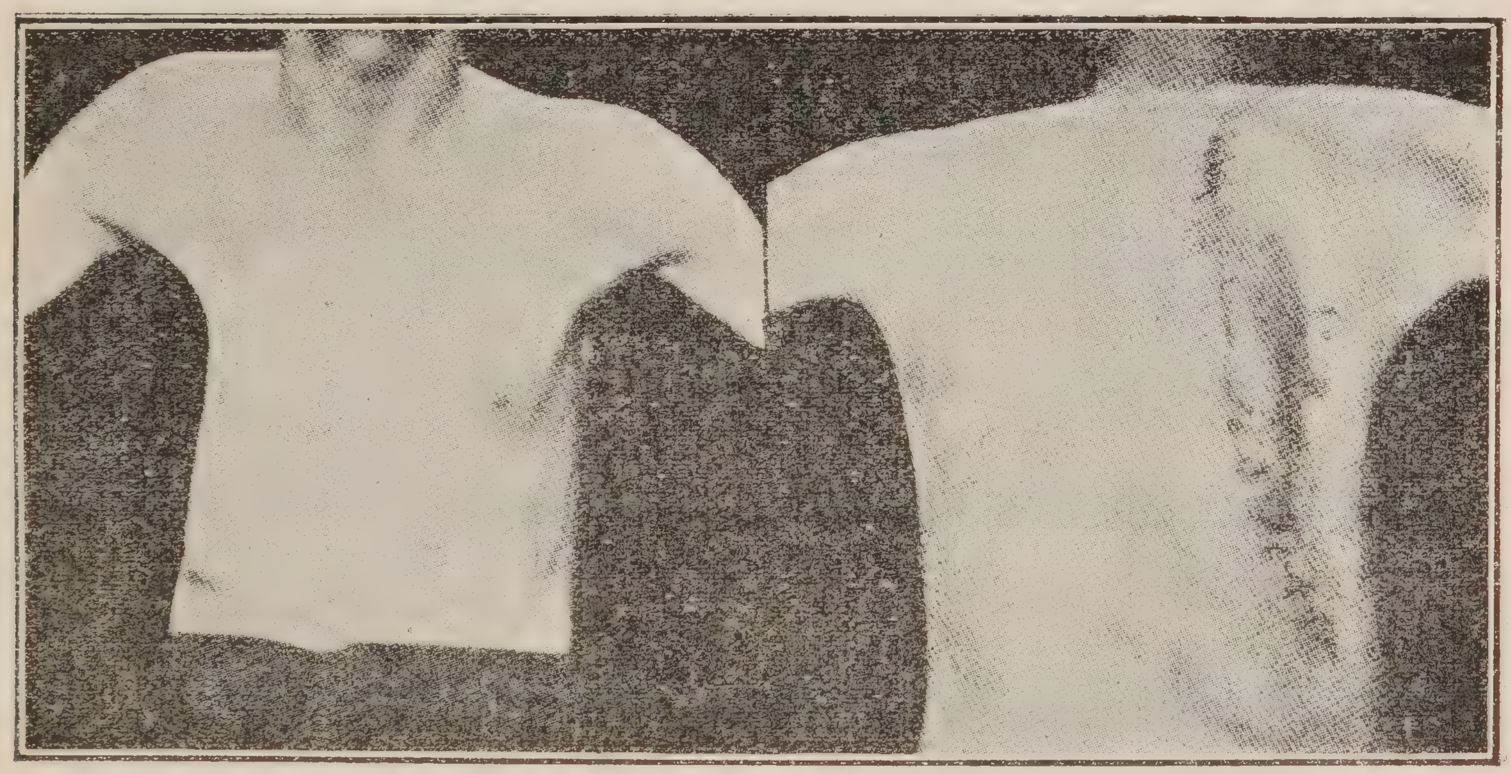
وبعد قطع الاضلاع تربط الشرايين وتخاط العضلات ثم الجلد ويعقب العملية فى العادة صدمة شديدة من تأثير الضغط على الرئة وجذب القلب فيزداد النبض الى ١٢٠ أو ١٤٠ ويكون المريض غير قادر على التنفس ولذلك يجب تنبيهه باستمرار

فى مدة الثمان والاربعين ساعة الاولى وبجواره ممرضة خاصة واعطاءه حقن مورفين وكافيين وكافور حسب الحالة واستنشاق الاوكسجين وعمل تنفس صناعى اذا لزم .

وبعد يومين ترتفع درجة الحرارة لامتصاص افرازات الرئة المضغوطة ولكن حالة المريض تأخذ فى التحسن بعد ذلك ويمكن مغادرة فراشه بعد اسبوعين

ويفضل دائما عمل العملية فى المصح الذى سيعالج فيه المريض لان جودة الهواء ونقاوته وخلوه من الاتربة والرطوبة مما يساعد على عدم ارتفاع درجة الحرارة كثيرا ولكن فى المدن ترتفع درجة الحرارة كثيرا وقد يحدث صديد فى الجرح ناشىء عن اصابة الاوعية الليمفاوية اثناء العملية من هواء المدن أو من درنات البلورا

فاذا روعيت جميع الشروط التى ذكرناها وجدنا ان الوفيات عقب العملية لاتزيد عن ١٠ الى ١٥ ٪ ولو تتبعنا المرضى بعد مضى سنتين أو ثلاث وجدنا منهم ٥٠ أو ٦٠ في المائة قادرين على مغادرة المصح والقيام بأعمالهم اليومية ومنهم من يتزوج ويرزق ببنين وبنات



الجهة الامامية لمريض عملت له عملية قطع الاضلاع

الجهة الخلفية للمريض عينه

وقد نظن أن العملية تحدث تشوها فى الجسم وان العامود الفقرى يحصل فيه اعوجاج ولكن صور المرضى تثبت عكس ذلك فانه لا يحصل اى تشويه لقوام الجسم حتى ان احدى السيدات امكنها ان تلبس ملابس السهرة وتحضر الحفلات بدون ان يعرف واحد من الموجودين انه قد عمل لها هذه العملية

ويستحسن جدا ان يلبس المريض (Corset) مشدا لصدره ليساعد العملية فى ضغط الرئة .

هذا وانى اكرر لكم ثنائى ووجودى بينكم الليلة أحسن تذكار أحمله منكم الى بلادى

تفهم نتائج الفحص البكتريولوجى

محاضرة الدكتور محمد سعيد نبيه

القاها امام الجمعية الطبية المصرية

أيها السادة

أشكركم وأرجو أن أوفق فى تحليل موضوع محاضرة الليلة تحليلا قيماً ينتهى بنا الى نتيجة مرضية سائغة المأخذ سهلة البيان

اذا وصلنا الى هـذه النتيجة أزلنا سوء التفاهم الواقع بين الأطباء والمعامل بسبب سوء تفهم نتائج الفحص البكتريولوجى . وهى مسألة تضج منها المعامل وتلقى التبعة فيها على الأطباء والأطباء يبرئون أنفسهم ويتهمون المعامل بالتكاسل والاهمال. احراج يخرج البكتريولوجى من صمته المعتاد ويستمحيكم العذر ليضع الأمر بيّنا بين أيديكم

وينقسم هـذا الخطأ الى قسمين : علمى وستدركونه من سياق هذه المحاضرة. وعملى وأضرب لـكم فيه مثلا أنبوبة من الزجاج تناولتها أيدى كثير من العمال فى ظروف متفاوته وأطوار مختلفة ملقاة فى صندوق من الورق أو الخشب معرضة لميكروبات الأرض والماء والهواء توضع فيها العينة وترسل الى المعمل للتحليل فاذا قلنا لهم أمر مريب رأينا فيها من الميكروبات ماهو مشتبه وماهو غريب وقد اختلط فيها الحابل بالنابل وغم علينا الأمر ضحكوا واستهزأو وهزوا أكتافهم

جهل بعلم البكتريولوجيا وسوء فهم نعذرهم عليه ونطلب من الآن ونشدد فى الطلب ممن يهمهم صحة البلاد والقائمين بالأمر فى دور التربية والتعليم أن يجعلوا من هذا العلم برنامجاً صالحاً يهيىء الطبيب الى تفهم الواقع وتقـدير النتائج ويشعره

بالمسئولية ويريه ضرورة التضامن بين المعمل والطبيب هذا اذا أردنا صحة المريض وسلامة البلاد

لسنا نكلف الطبيب ان يذهب فى علم البكتريولوجيا الى حد الاختصاص ونحن نعرف جيدا انه عمل شاق اخذناه نحن على عاتقنا ولنا فى ذلك فخر التضحية انما تطلب منه معلومات اساسية يتحتم عليه معرفتها يستطيع أولا ان يرسل الينا عينات صالحة ونستطيع نحن ان نستخلص له منها نتائج صحيحة وليستطيع ثانياً أن يفهم النتيجة المرسلة اليه وهذا هو غرضى من هذه المحاضرة ليكون على بينة مما له وما علينا فلا يتهمنا بالاهمال ولا نتهمه بالجهل ونضع حداً لسوء التفاهم و نتضامن نحن الاثنين للعمل فى صالح المريض والصحة العامة تحت سماء صافية من التفاهم وفى نور العلم

ولنبدأ الآن بالدفتيريا

الدفتيريا

الدفتيريا مرض معد تهتم الدوائر الصحية كما يهتم الطبيب المعالج عادة بسرعة تشخيصه ويعتمد فى تشخيص هذا المرض الخطر على عاملين : أولها وأهمهما الاعراض الاكلينيكية الظاهرة فى حلق المريض أو على الاغشية المخاطية الأخرى فى أنفه وعينيه وفى فرج الانثى كما شوهد فى بعض حالات نادرة

ويصعب أحياناً على الطبيب أن يجزم بصحة تشخيصه اعتماداً على هذه الاعراض لتشابهها بالتهابات الاغشية المخاطية العادية أو الالتهابات ذات الاغشية الكاذبة ولذلك يلجأ عادة الى العامل الثانى وهو التشخيص البكتريولوجى وقد أصبح هذا النوع من التشخيص فى أحوال الدفتيريا عملا جاريا متمما للتشخيص الاكلينيكى انما يشترط أن يكون الطبيب على علم تام بطريقة أخذ العينة كما يجب عليه أن

يكون عند حد العلم الذى يستطيع معه تفهم النتيجة المرسلة اليه وهذا هو ما سأشرحه الآن جليا

(١) طريقة أخذ العينة

لطريقة أخذ العينة من المريض أهمية كبرى تتوقف عليها دائما نتيجة التحليل البكتريولوجى فيجب على الطبيب أن يكون على معرفة تامة بالموضع الذى يجب أن تؤخذ منه العينة ويختلف هذا الموضع باختلاف الحالات

(١) ففى حالات الالتهاب الحلقى العادى ذات الغشاء الكاذب يجب أن لا يمس الغشاء بل تؤخذ العينة من الغشاء المخاطى المجاور له

(٢) وفى حالات التهابات الحلق غير المصحوبة بأغشية والمشتبه فيها اكلينيكيا بالدفتريا يجب أن تؤخذ العينة من الجهة الخلفية للهاه أو من على اللوزتين أو من على الاعمدة الخلفية (Posterior Prillers) وهذه هى الطريقة التى يجب أن تتبع أيضاً عند أخذ عينة من حامل الميكروب

(٣) وفى حالات التهاب الجزء العلوى لمجرى الجهاز التنفسى غير المصحوب بالتهاب حلقى يصعب جدا البحث عن الميكروب وعلى كل حال يجب أخذ العينة من قاع اللسان المزمارى (Epiglottis) أو من الفتحة العليا للقصبة الهوائية (Larynx) ومع كل ذلك فالفحص البكتريولوجى فى مثل هذه الحالات الاخيرة هو عمل كمالى محض اذ يجب حقن المريض بالمصل المضاد للدفتيريا مباشرة بمجرد الاشتباه من الاعراض الاكلينيكية

(٤) فى حالات الرمد الصديدى والنزلات الانفية المشتبهة تؤخذ العينة طبعاً من العضو المصاب ويستحسن دائما اصطحابها بعينة أخرى من حلق المريض ذاته

هذا هو فيما يختص بطريقة أخذ العينة وقبل ان نبحث فى تفهم النتيجة المعطاة من المعمل اريد ان اوجه نظر الطبيب الى نقطة مهمة يجب عليه تقديرها حتى

يشعر بالصعوبات التى يصادفها البكتريولوجى اثناء عمله . تلك هى الميكروبات الشبيهة بميكروب الدفتيريا كميكروب هوفمان مثلا والميكروبات المرضية الاخرى وكذلك الطفيليات غير المرضية التى تعيش عادة على الاغشية المخاطية فقد توجد كل هذه الميكروبات أو بعضها على الاغشية المصابة بكثرة تمنع البكتريولوجى احياناً من الاستدلال على الميكروب الأصيل بواسطة الطريقة السريعة التى يتبعها عادة فى العمل الجارى

ولا يفوتنى هنا وبهذه المناسبة ان الفت النظر الى الخطأ الجسيم الذى يرتكبه بعض الاطباء من أخذ عينة دفتيريا للفحص البكتريولوجى بعد مس حلق المريض او استعمال المطهرات للاجزاء المصابة ظنا منهم ان ذلك لا يؤثر فى نتيجة الفحص بل بالعكس ربما يسهل على البكتريولوجى عمله حيث يكون قد اعدم بواسطة هذه المطهرات عددا كبيرا من الميكروبات الاخرى التى قد تعيق الاستدلال على روح الاصابة . ولكنه خطأ يجب تحاشيه ويجب أخذ العينة قبل استعمال اى مطهر أو بعد ١٢ ساعة على الاقل من استعماله وعلى الطبيب ان يسأل المريض وان يتأكد دائما من عدم استعماله لأى من المطهرات والا فالنتيجة دائما سلبية وهى طبعا لاتدل على حقيقة الواقع

(٢) تفهم نتيجة الفحص البكتريولوجى

ينقسم ميكروب الديفتيريا الى ثلاثة اقسام : طويل ومتوسط وقصير وهو تقسيم فنى دقيق يهم البكتريولوجى دون سواه في تحديد النتيجة المرسلة للطبيب والنوعان الأولان يسهل على البكتريولوجى تعيينها شكلا والتفرقة بينهما وبين أى من الانواع الكاذبة وهما له دليل قاطع يستند عليه فى اعطاء نتيجة مطلقة بالأيجاب وعلى الطبيب ان يعتمد نهائيا على هذه النتيجة اما النتائج السلبية فيجب ان لايعتمد عليها لأول وهلة لأن الطريقة الفنية السريعة المتبعة عادة فى العمل الجارى من زرع العينة على المصل المتجمد لاتسمح فى كل الظروف باكتشاف ميكروب

الدفتيريا اذ يوجد من هذه الميكروبات انواع تحتاج فى نموها على هذا المنبت الى اكثر من ٢٤ ساعة كما يوجد انواع قد لاتنمو ابدا كما هى الحال احيانا فى حالات الالتهاب الحلقى الخبيث ذى الغشاء الكاذب فتكون النتيجة بطبيعة الحال سلبية لوجود الميكروبات الاخرى المسببة للعفونة والتحلل والتى لكثرتها قد تقتل الميكروب الأصيل أو على الاقل تعيق نموه وفى هذه الحالات يجب عمل ثلاث مزارع متوالية على الاقل من العينة الواحدة أى من القطنة الملوثة المرة الاولى دون أن يعيد تلويثها من حلق المريض مرة اخرى او اتباع طريقة ديفور التى تتضمن أخذ جزء صغير جدا من المزرعة الاولى ومزجه بكمية مناسبة من محلول الملح الفسيولوجى او المرق البكتريولوجى ثم تخفيفه ونشر جزء بسيط منه على المنبت فى صحن بترى. الا انه رغما عن كل ذلك فقد تكون النتيجة ايضاً سلبية ولكن يجب ان تهمل هذه النتيجة وان لايتأثر الطبيب بها مادامت الأعراض الاكلينيكية تدعوه الى الشك

اما اذا كان الميكروب المكتشف هو من نوع ميكروب الدفتيريا القصير فتقرير نتيجة حاسمة أمر صعب وذلك لتشابه هذا النوع بميكروب هوفمان الشبيه بالدفتيريا والذى لا علاقة له بهذا المرض ويهم البكتريولوجى حينئذ التفرقة بين النوعين . والتفرقة بينهما أمر يحتاج الى بكتريولوجى خبير ذى تجربة واسعة يستطيع أن يعتمد فى تقريره على الاوصاف الشكلية للميكروب ومظهره بعد صباغته على طريقه نيسر وبذلك يستطيع أن يعين فى كثير من الاحوال النوع الصحيح ويعطى نتيجة يصح الاعتماد عليها الى حد ما وهى لاشك طريقة لا تخلو من الخطأ ولكنها الطريقة الوحيدة التى نعتمد عليها عادة إذ ليس لدينا من الوقت فى مثل هذه الاحوال التى تتطلب منتهى السرعة ما يكفى لاجراء عملية فصل الميكروب وعمل التجارب اللازمة للتفرقة والتعيين ورغما عن كل ذلك فهنالك حالات يقف أمامها البكتريولوجى حائرا مهما كان له من التجربة ومهما بلغ من العلم وفى مثل هذه

الحالات يجب ان لا يتردد الطبيب فى حقن مريضه بالمصل متى اشتبه اكلينيكيا
والواقع ان البكتريولوجى امام هذه الصعوبات يختار آمن الطريقين لسلامة المريض
ويقدم نتيجة مطلقة بالأيجاب فيضع حدا لتردد الطبيب، وكثيرا مايتردد الأطباء
تحت تأثيرات وهمية وخوفا من نتائج تفاعل المصل ، وعليه يجب اعتبار كل هذه
الظروف وعدم اتهام المعامل بغير حق فيما لو اتضح فيما بعد من سير المرض عكس
نتيجة الفحص البكتريولوجى

ذكرت فيما تقدم صبغة نيسر وهى عملية مشهورة يعتد بها الاطباء ويعتمدون
عليها فى تعرف ميكروب الدفتيريا وهى من غير شك عملية قيمة ولكن للاعتماد
عليها بحق يجب الحذر والحيطة فى تفهم حقيقة الاوصاف الشكلية التى تهيؤها لنا هذه
الصبغة تحت الميكروسكوب فالحبيبات السوداء التى نعتقدها مميزة لميكروب الدفتيريا
تحت تأثير هذه الصبغة ليست فى الحقيقة صفة خاصة مميزة لهذا الميكروب حيث يوجد
بعض ميكروبات كروية قابلة لتفاعل اختلاف الالوان (Metachromatic Reaction)
فتتلون باللون الاسود كما يوجد بعض باسيل له مثل هذه الحبيبات فالاستربتوباسيل
الذى يوجد عادة فى الحلق هو ميكروب حائز لهذه الصفة وقد يتشابه تماما فى صبغة
نيسر مع ميكروب الدفتيريا كما أنه يختلف عنه تماما الاختلاف خصوصا باطرافه
المربعة عند تلوينه بصبغة المتيلين الازرق ولذلك عند عملية التفرقة والتعيين يجب
اولا استعمال صبغة المتيلين الازرق حتى اذا اشتبه علينا الامر وقد يشتبه الا فى
حالة وجود ميكروب هوفمان نقوم فورا بعملية صبغة نيسر وهوفمان يتفاعل
دائما وبدون استثناء سلبيا مع هذه الصبغة

وقد يكون عدد ميكروب الدفتيريا قليلا فى العينة المفحوصة الى حد يصعب
الاستدلال عليه مع صبغة المتيلين الازرق المتبعة عادة فى عملنا الجارى ولكن

التلوين بصبغة نيسر يذلل هذه الصعوبة و يساعد احيانا على سهولة الاستدلال وكذلك التلوين بصبغة جرام

هذا هو كل ما يمكن عمله بكتريولوجيا لتشخيص الدفتيريا فى مدة أقل من ٤٢ساعة كما يتطلب عادة ومن ذلك يتضح جليا مركز البكتريولوجى امام الصعوبات الفنية التى يلاقيها اثناء عمله فى تشخيص هذا المرض على وجه السرعة المطلوبة كما يتضح أن الاطباء وحدهم هم المسؤلون عن النتائج السلبية التى يحوم حولها الشك فلو استطاعوا ان يخففوا من قسوة المرض وارسلوا العينات مأخوذة على الوجه الصحيح ومنحوا البكتريولوجى الوقت الكافى لاجراء تجاربه الفنية لقدم لهم دائما وفى كل حالات الدفتيريا نتائج حاسمة لا يتسرب اليها الشك ولكنه من الأسف مرض خبيث ذا سامية مزعجة لا تمهل ولا تذر

حمى التيفوئيد والباراتيفوئيد

يرجع الفضل فى تعرف التاريخ المرضى لهذه الحمى بأنواعها الى الهمة التى بذلها البكتريولوجى والمجهود العظيم الذى قامت به معاهد التحليل التى مازالت ولن تزال المعين الذى يستعين به الطبيب لتعرف أسباب حالات التسمم الدموى التى لا يستطيع أن يتعرفها اكلينيكيا

وللتشخيص البكتريولوجى للعدوى المسببة من احد أنواع مجموعة التيفوئيد طريقتان :

(١) البحث عن الميكروب نفسه

(٢) البحث عن الأجسام المضادة للميكروب

أما البحث عن الميكروب نفسه فيكون بواسطة عمل المزارع اللازمة من الدم أو البراز أو البول والدم هو خير مايفحص فى مثل هذه الحالات ولذلك سنختصر

فى الكلام على مزارع البول والبراز وهما يتطلبان عملا مطولا دقيقا ويهمان خاصة فرقة الأطباء الصحيين الذين يهمهم معرفة حاملى الميكروب

ويزرع البراز أو البول على منبت خاص من الأجار ينبت عليه باسيل أيبرت كما ينبت كثيرا من الميكروبات وعلى البكتريولوجى أن يميزه ويفصله من دونها ويزرعه بعد ذلك نقياً على منابت أخرى ثم يجرى عليه بعض التجارب للتأكد قبل البت واعطاء النتيجة النهائية وهى عملية تتطلب وقتاً وتحتاج الى دقة فى العمل وخبرة فى الأبحاث

والنتائج الأيجابية تدل على وجود الميكروب فى الأمعاء أو فى الحويصلة الصفراوية أو فى كمين لها فى الكليتين ولكنها لا تستلزم وجود حاله مرضية فعالة كما أن النتائج السلبية لهذا التحليل لا تدل أحياناً على حقيقة مدلولها. نعم يتحتم وجود باشلس التيفوئيد فى البراز أو البول عند حاملى الميكروب ولكنه لوحظ عند الفحص البكتريولوجى المتكرر عدم دوام وجوده فى هذه الافرازات وأن هنالك أزمنة قد يختفى منهما خصوصا فى البراز ثم يظهر ثانية وقد تعدت هذه الأزمنة الشهور أحياناً. واختلفت الآراء فى تفسير أسباب هذه الحالة فمنهم من يعتقد أنها عدوى جديدة يحتملها المصاب ومن غير اعراض اما لقوة مقاومة الحامل أو لحصانته ضد سامتيها أو لضعف همة الميكروب أو قولوا فى تحليلها ماشئتم. ومنهم من يعتقد أنها عدوى ذاتية متغيرة من كمين قد يكون فى الحويصلة الصفراوية مثلا ولذلك يجب فحص الحامل بكتريولوجيا مرات متعددة فى أوقات مختلفة قبل التأكد من سلامته

لا أريد أن يتبادر الى الذهن مما تقدم أن فحص البول والبراز لا يكون الا عند البحث على حاملى الميكروب فقط ولو أن هذا هو المتبع عادة الا أنه كثيرا ما يطلب الأطباء بحق فحص هذه الافرازات فى الحالات الحادة للتثبت من التشخيص الاكلينيكى عند عدم تطابق نتيجة تفاعل فيدال مع الاعراض الظاهرية او لتطلبه سرعة التشخيص فى حالات تدله المشاهدات وقرائن الاحوال على انها

عدوى باحدى مجموعة التيفوئيد ومن حسن الحظ انه يمكن الاستدلال على افراد هذه المجموعة فى البراز فى دور الحضانة كما يمكن الاستدلال عليها منذ بدء الدور الحمى الا انها تقل عادة عند قرب انتهاء الدور الحاد وقد لا تكون كثيرة طول مدة المرض كما قد تكون متفترة غير متواصلة الظهور وقد يستمر اخراجها فى دور النقاهة وتختفى تدريجيا فى مدة تتفاوت من اسابيع قليلة الى ثلاثة شهور وتبقى الى اكثر من ذلك عند حاملى الميكروب

قلنا فيما تقدم ان الدم هو خير ما يفحص فى مثل هذه الحالات واوثق ما يعتمد عليه لتعرف اسباب الحميات المشتبهة ومسببات التسمم الدموى المجهولة اكلينيكيا وهو وسيلة ناجعة يلجأ اليها الطبيب كلما اشتبه عليه الامر واراد سرعة التشخيص لتقدير العلاج والعمل على انقاذ المريض بالقدر المستطاع

وهنا يجب ان نفهم جيداً انه لعمل مزرعة دموية صالحة للفحص لا بد وان يكون الدم المراد زرعه سائلا وان مجرد جمعه فى انبوبة معقمة وارساله للمعمل دون أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع تجمده أمر خطأ اذ لا يصلح الدم فى هذه الحال للزرع وعمل الابحاث وعليه نرى ضرورة عمل المزرعة الدموية من المريض مباشرة وبجانب سريره ويجب ان تؤخذ كل التحفظات اللازمة لمنع اى تلوث من الخارج كما يجب تعقيم كل الادوات المستعملة وتعقيم الجلد حيث يؤخذ الدم من العرق بطريقة مضبوطة وزرعه مباشرة على المنبت الخاص ثم تغلق انبوبة هذه المزرعة بسدادة القطن المعقم التى تقطر الهواء وتمنع تلوثها بذرات الغبار وما تحمله من مختلف الجراثيم ويجب الحيطة التامة حتى لا تمس السدادة المزرعة والا تلوثت الاخيرة بمختلف الميكروبات التى تتجمع على الجزء المعرض للهواء من السدادة التى تشبعت أذاً بالمنبت السائل واتصل داخلها بالخارج وبذلك يصل للمزرعة من الميكروبات ماليس فى الدم المراد فحصه . ليس هذا فقط بل وقد يعيق وجود هذه الميكروبات فى

بعض الاحيان الاستدلال على الميكروب الأصيل الموجود فى الدم والمسبب للعدوى

واذا لم يتيسر عمل هـذه المزرعة من المريض مباشرة فيمكن اتباع احدى الطريقتين الآتيتين لأخذ الدم وارساله الى المعمل :

(١) يجمع بعض من دم المريض فى زجاجة بها عدد من الكريات الزجاجية الخضراء (Pearls) ثم يرج لأجل اعدام الليفين (defibrination) ومنع التجمد ثم يرسل مباشرة للمعمل حيث يصير اجراء اللازم نحو فحصه . عملية كما ترون عرضة للتلوث الى حد ما مهما احتطنا للنظافة واستعملنا ما يمكن من وسائل التعقيم وذلك لكثرة الايدى العاملة وتعدد الآلات المستعملة خصوصا اذا اضطر الطبيب الى أخذ عدد من العينات فى وقت واحد كما يحصل عادة فى زمن الوباء ولذلك فهى طريقة غير مستعملة الا فى ظروف شاذة

(٢) يجمع بعض من الدم مع محلول سترات الصودا لمنع التجمد ويرسل الى المعمل مباشرة لزرعه واجراء الفحص اللازم وهذه الطريقة خير من سابقتها وتفضل عنها دائماً.

والمنبت المستعمل عادة لعمل المزرعة الدموية هو واحد من اثنين :

(١) أما محلول مركب من . ببتون ٤٠ جراماً

ببتون	٤٠	جراماً
جلوكوز	٢	جرامين
ملح الطعام	٥	جرامات
ماء	١٠٠٠	جرام

ويؤخذ منه مقدار ٢٠٠ سنتيمتراً مكعباً لعمل المزرعة الواحدة

(٢) وأما السائل الصفراوى بمقدار ٢٠ سنتيمتر مكعب للمزرعة الواحدة

والمنبت الأول ولو انه صعب النقل الا أن له ميزة انبات الميكروبات المختلفة وهى ميزة ليست عديمة الاهمية فى البحث عن العامل المرضى لتسمم دموى مجهول سببه اكلينيكيا كما يحصل عادة

والمنبت الثانى سهل فى النقل مهلك لكرويات الدم الحمراء معيق لنمو الاستيربتوكوك

مذيب للنيوموكوك كما انه يمنع نمو بعض ميكروبات أخرى وهو لذلك المنبت المختار لزرع باشلس ايبرت والباراتيفوئيد

ومن المهم فى كل هذه الحالات ان تكون كمية الدم المنزرعة كافية وهى نقطة اساسية يجب الانتباه اليها فيلزم عشرة سنتيمترات مكعبة لمزرعة الببتون وخمسة المزرعة الصفراوية

ويختلف الوقت اللازم لنمو الباسيل على المزرعة من ٢٤ ساعة الى ٤٨ ساعة فى الفرن على درجة حرارة ٣٧ سنتيجراد. والمزرعة التى تبقى عقيمة بعد مضى ٢٤ ساعة ترج بعناية حتى لا يمس السائل السدادة ثم توضع فى الفرن ثانية فاذا مازالت عقيمة بعد مضى ٤٨ ساعة فيمكن اعتبارها سلبية على الأقل فيما يختص بباسيل ايبرت والباراتيفوئيد ألا انه يجب حفظها ستة ايام اخرى ثم فحصها ثانية واهمالها بعد ذلك اذا لم ينبت عليها شىء آخر

أما اذا أنبتت باشلسا متحركا غير آخذ لصبغة جرام فيجب الشك ، ويلزم التعيين بواسطة فصل الميكروب وزرعه على منابت خاصة كالمنابت السكرية ثم التأكد بواسطة تجمعه بالمصل المجمع الخاص وتحتاج هذه العملية الى يومين أو ثلاثة وقد يمكن ان لا يكون للميكروب المكتشف خاصية التجمع الا بعد عمل عدة مزارع متوالية تعمل الواحدة من الأخرى ولكن هذه المضاعفات التى تؤخر احيانا اعطاء الرأى القاطع يجب ان لا تكون عائقا جديا للطبيب الذى يكون قد أعطى له البكتريولوجى نتيجة جوازيه معتمدا فى ذلك على مادلته اليه المنابت الخاصة

فاذا كانت النتيجة ايجابية سهل الأمر وعلى الطبيب ان يوقن بعدوى التيفوئيد أو الباراتيفوئيد ولو أن الاعراض الاكلينيكية في بعض الاحيان لا تدل على ذلك ولا تتفق مع نتائج هذا البحث العلمى الدقيق

أما اذا كانت النتيجة سلبية فعليه ان لا يتسرع وان يقدر الظروف ويعتبر الوقت الذى اخذت فيه العينة لعمل الفحص ولنفهم جيدا اننا بالمزرعة الدموية انما نستدل على حالة تسمم دموى تيفوئيدى وهى كما نعلم حالة زوالية غير دائمة ولذلك

قد تكون المزرعة الدموية ايجابية دائما من الاسبوع الأول من المرض وغالبا فى الاسبوع الثانى ونادرا فى الأسبوع الثالث وشاذة فيما بعد ذلك الا فى الحالات الشديدة والتى تطول فيها الحالة المرضية وعند النكثات التى يصاب فيها الدم عادة بتسمم تيفوئيدى مرة ثانية ومن ذلك يتضح لنا جليا ان التشخيص البكتريولوجى بواسطة المزرعة الدموية لايكون الا فى بدء المرض ويستحسن أن يكون فى الأسبوع الأول منه أما اذا عمل بعد ذلك وكانت النتيجة سلبية مما لا يتفق مع الواقع والأعراض الاكلينيكية فيجب أن لايندهش الطبيب وأن لا يتهم المعمل بالخطأ والأهمال

احتطت سابقا فى تعيين نتيجة المزرعة الدموية وقلت قد تكون ايجابية دائما فى الاسبوع الأول من المرض أى أنها قد تكون سلبية أيضا مع ان الحالة تيفوئيدية لا شك فيها

ولتفهم ذلك جيدا يجب ان يفهم الطبيب ان هنالك توازناً بين ارتفاع الحرارة والتسمم الدموى فيجب ملاحظة الحرارة عند أخذ العينة ويجب ان تكون فى ذلك قد اخذت سمتها وان لاتكون أقل من ٣٩ درجة سنتيجراد والا فليس من المؤكد الحصول على نتيجة صحيحة الا انه رغما عن ملاحظة كل هذه الارشادات فقد تكون النتيجة فى بعض الاحيان سلبية وليست مطابقة للواقع ولكن ذلك لايكون غالباً الا فى الحالات الخفيفة القصيرة الأمد وتلك هى الحالات التى سبق طعمت بالفاكسين ضد التيفوئيد أو المسببة عن العدوى بميكروب ضعيف وقد يكون هذا الضعف طبيعيا لسبب ما فى حياة الميكروب وتوالده وتأثير الوسط الذى يعيش فيه وأصل العدوى التى نشأ منها كما يجوز أن يكون الميكروب قد اضعف بأحدى مسببات أضعافه كمقاومة طبيعية فى جسم المريض لم تتمكن من اعدامه كلية كما يجوز ان تكون هذه القوة نتيجة عدوى قديمة أو تطعيم قديم ولدا فى الجسم حصانة لاتزال آثارها قادرة على اضعاف الميكروب الى حد ما أو أن تكون العدوى أشد من أن تغلب نهائياً بقوة الحصانة المولدة فى الجسم وينتهى النضال باضعاف جرثومة الميكروب فقط دون اعدامه

وعلى كل حال يجب على الطبيب أن يقدر كل هذه الاعتبارات فى تفهم النتيجة السلبية وعليه فى مثل هذه الظروف أن لا يهمل مدلول الاعراض الاكلينيكية بل يجب أن يجعل لها المركز الأول وأن يجعل منهـا مرجحاً للـكفتين . أما اذا كانت النتيجة إيجابية فعليه أن يأخذها قضية مسلمة لاجدال فيها مهما اختلفت الاعراض الاكلينيكية فى نظره عن مظاهر حمى التيفوئيد

وخلاصة القول أن المزرعة الدموية هى الوسيلة العلمية التى يصح الاعتماد عليها بكتريولوجياً فى تشخيص حالات التسمم الدموى وهى جديرة بالاعتبار الا أنها تتطلب المهارة والدقة لتذليل مافيها من الصعوبات وعملها على الوجه الصحيح وهى الطريقة الامينة فى الادلال على نوع العدوى فى الاسبوع الاول من المرض وهى ميزة يجب تقديرها والاستفادة منها قدر المستطاع

هذا فيما يختص بالبحث عن الميكروب نفسه ولنتكلم الآن فيما يختص بالبحث عن الاجسام المضادة للميكروب وللوصول الى هذا الفرض نجرى الابحاث على مصل المريض بواسطة تفاعل فيدال ويتطلب ذلك ارسال بعض من مصل دم المصاب الى المعمل وهو أمر بسيط لايحتاج الى اكثر من وخز أحد أصابع المريض بأبرة معقمة وجمع بعض نقط من الدم فى انبوبة شعرية وارسالها للمعمل وهى عملية كما يرى سهلة وفى مقدور كل طبيب عملها ببساطة وسرعة والمعامل تقدم مجانا لـكل الاطباء مايحتاجونه من هذه الانابيب الشعرية كما تقدم لهم كل مايحتاجونه من انابيب الاختبار والالواح الزجاجية والمنابت اللازمة لأرسال مختلف العينات لسائر التحاليل البكتريولوجية

الا انه من المهم فى ارسال هذه العينة ان لايكون الطبيب شحيحا على المعمل في كمية الدم التى يأخذها من المريض حيث تحتاج هذه العملية الى واحد سنتيمتر مكعب من الدم للحصول على كمية المصل الضرورية لعمل التحليل . ويستحسن عند ارسال عينة من جهة بعيدة ان يترك الدم في الانبوبة بعد اخذه من المريض برهة حتى يتجمد ثم يفصل منه المصل الصافى فى انبوبة اخرى يحكم غلق طرفيها وترسل

بعد ذلك الى المعمل بعناية تضمن سلامة وصولها ذلك لأن كثرة الاهتزاز اثناء النقل تسبب تكسر الخلايا الحمراء واختلاط الهيموجلوبين بالمصل وصبغه اذا باللون الاحمر مما يعيق البكتريولوجى احيانا عن استكشاف التجمع المطلوب فى هذه العملية واستطلاع النتيجة بوضوح تام وهى نقطة يجدر الانتباه اليها لتسهيل العمل وكماله ولو ان اهمالها لا يؤثر كثيرا فى التحليل

سأترك وصف تفاصيل عملية التجمع جانبا اذ لا يهمنا غير تفهم الطبيب النتيجة المرسلة اليه على الوجه الصحيح الذى يراه البكتريولوجى وسأعرض فقط ترجمة واضحة لصيغة النتائج التى يقدمها المعمل عادة اى النتائج التى يمكن ان يصل اليها البحث العلمى الكامل مع اعتبار كل الاسباب التى قد تسبب الخطأ وتقلل من قيمة هذا التفاعل عمليا

فالمسألة الأولى التى يجب تحديدها هى مقدار قوة التجمع الكافية لاعتبار التفاعل ايجابيا وكان يكفى فى بادىء الأمر للحصول على نتيجة ايجابية من هذا التفاعل ان يحصل التجمع فى قوة تخفيف $\frac{١}{١٠}$ ولو كان التجمع نفسه خفيفا الا انه يتطلب فقط سرعة حصوله أما الآن فقد بالغ الفنيون بحق فى التحفظ وتطلبوا تجمعا فى قوة تخفيف $\frac{١}{٥٠}$ على الأقل لاعتبار التفاعل ايجابيا أما مادون ذلك فأمر يدعو الى الشك ولا يصح الاعتماد عليه فى اعطاء نتيجة ايجابية مطلقة ويمكننا الآن ان نقرر عن ثقة ان تجمعا يحصل من ميكروب التيفوئيد والباراتيفوئيد فى قوة تخفيف $\frac{١}{١٠٠}$ او اكثر يدل على ان العدوى هى لأحدى هذه الميكروبات وقد تكون حالية او ماضية وهنا نوجه النظر لايجابية هذا التفاعل فى الحالات الماضية اى الحالات التى شفيت وقد تكون شفيت تماما اى ليس المريض من حاملى الميكروب ذلك لان مصلة يبقى على هذه الخاصية اى خاصية تجمع الميكروب الذى كان مسببا للعدوى زمنا يختلف من بضعة اسابيع الى بضعة شهور وقد يكون عدة سنين بعد الشفاء

ولكن هل يمكن التفرقة بواسطة هذا التفاعل بين الاصابات الحالية والاصابات

الماضية اى التى شفيت . نعم ممكن وذلك بتقدير قوة التجمع المعطاة ولو انه لا يمكن السبت قطعيا من تجمع فى قوة اذابة تخفيف $\frac{١}{٥٠}$ الا انه يمكن السبت من تجمع فى قوة تخفيف $\frac{١}{١٠٠}$ وما فوق سواء كانت الأصابة حديثة من ميكروب التيفوئيد أو الباراتيفوئيد أو كانت عن نكسة مصدرها السائل الصفراوى أو البول أو غيرهما وهكذا ترتفع قوة التجمع فى الاصابات الحالية

أما فيما يختص بالافراد الذين سبق أن طعموا باللقاح ضد ميكروب حمى التيفوئيد والباراتيفوئيد فقد يعتقد البعض أن نتائج هذا التفاعل قد فقدت قيمتها العملية ذلك لان التلقيح يولد فى مصل الملقح ما يسمى بالمجمعات مع رد فعل حمى بسيط وهى من نوع المجمعات نفسها التى تتولد فى مصل المصاب تدريجياً فى الأحوال المرضية الحادة والتى يترتب على مقدارها وقوتها سلامة المريض أو خطورة حاله . ولذلك رأوا أن يستعيضوا عن عملية هذا التفاعل بفحص البول والاستدلال منه بواسطة تفاعل ديازو أو مورتزفتز ولكنهم لاشك مبالغون فيما ذهبوا اليه من الاعتقاد بفساد هذه الطريقة فى مثل هذه الأحوال حيث قد قرر الثقاة البحاثة البكتريولوجيين الذين درسوا هذا الموضوع واهتموا بتحديد نتائجه أن مقدار التجمع بعد التطعيم يكون عالياً جدا وقد يكون فى قوة تخفيف $\frac{١}{١٠٠٠}$ الى $\frac{١}{٥٠٠٠}$ للحمى التيفوئيدية و $\frac{٢}{٥٠٠}$ الى $\frac{١}{١٥٠٠}$ للباراتيفوئيد ا و $\frac{١}{١٠٠٠}$ الى $\frac{١}{٤٠٠٠}$ للباراتيفوئيد ب وذلك حوالى اليوم الثلاثين بعد التطعيم ثم يهبط بسرعة فلا يزيد بعد الشهر الثانى عن $\frac{١}{٢٠٠}$ للحمى التيفوئيدية و $\frac{١}{٥٠}$ للباراتيفوئيد ا و $\frac{١}{١٠٠}$ للباراتيفوئيد ب ولا يزيد بعد الشهر الثالث عن $\frac{١}{٥٠}$ للتيفوئيد وقد لا يوجد أو لا يزيد عن $\frac{١}{٣٠}$ على أقصى تقدير للباراتيفوئيد ا و ب وعلى هذه القاعدة يجب عند استطلاع النتيجة أن يقدر الوقت الذى مضى على عملية التطعيم وأن يحصل على أقصى قوة تخفيف للتجمع . اذا لاحظنا كل ذلك حفظنا لهذه العملية أهميتها وأمكننا الاعتماد عليها دائما وفى كل الحالات الا التى لم يمض على تطعيمها شهران

هنالك مسألة لم نطرق البحث فيها بعد وهى من الأهمية بمكان عظيم حيث أن الجهل بها قد يضل الطبيب ويضعف من ثقته بحق فى قيمة هذا التفاعل . تلك هى مسألة التجمع المشترك بين المجمعات الخاصة للمجموعة الواحدة وهو مجمع غير نوعى فمصل المريض فى طور الحمى التيفوئيدية يجمع باشلس ايبرت وفى الوقت نفسه يجمع ميكروب الباراتيفوئيد ا كما يجمع غالبا ميكروب الباراتيفوئيد ب ومصل المصاب بالباراتيفوئيد ا يجمع فى بعض الأحيان ميكروب البارا تيفوئيد ب ويندر تجميعه لميكروب حمى التيفوئيد وفي حالات الاصابة بالباراتيفوئيد ب فتجمع باقى ميكروبات المجموعة بواسطة مصل المصاب أمر شاذ خصوصا لميكروب التيفوئيد وهذه ولا شك عقبة فى سبيل تفهم النتيجة والاستدلال على حقيقة نوع العـدوى ولـكنها ليست عقبة كئود لا يمكن التغلب عليها اذ ليس من الضرورى تولد المجمعات المشتركة دائمـاً فى مصل المصاب كما هى الحال فى المجمعات النوعية وأن تولدت فبنسبة ضعيفة والحاصل أن تفهم النتيجة على الوجه الصحيح يترتب على تقدير أقصى مقدار لقوة المجمعات الموجودة أى أن الميكروب المسبب للعدوى هو الاكثر تجمعاً بالمصل المفحوص فى أعلى قوة تخفيف وننوه هنا على سبيل التعمق العلمى فى العمل طريقة الاستاذ كستلانى التى يميز بها نوع المجمعات ويفرق الخاصة والمشتركة منها بواسطة طريقة تشبع المجمعات ولـكنها طريقة غير متبعـة في العمل الجارى حيث يكتفى عادة بتقدير أعلى قوة تخفيف للحكم والتفرقة وعمل تشخيص بكتريولوجى يصح الاعتماد عليه ويذكر البكتريولوجى للطبيب فى مثل هذه الظروف المشتبهه أعلى قوة تخفيف لكل وعلى الطبيب وحده مسؤولية الاستنتاج مطبقاً النتيجة البكتريولوجية على حالة مريضه وماليديه من الاعراض الاكلينيكية

بقى علينا نقطة مهمة يجب شرحها استيفاء للموضوع وهى احدى عوامل سوء التفاهم بين المعامل وبعض الاطباء تلك هى مسألة الوقت الذى يمكن ان تظهر فيه المجمعات فى الدم والذى يصح فيه اخذ عينة صالحة للفحص

قلنا فيما تقدم عن تشخيص هذه الحميات بواسطة المزرعة الدموية ان الوقت المناسب لعمل هذه المزرعة والذى يمكن فيه الحصول على نتيجة جديرة بالاعتبار هو الاسبوع الاول من المرض وبالعكس طريقة التشخيص بواسطة التجمع فهى عديمة الجدوى وسلبية دائما فى هذا الاسبوع وبقطع النظر عن بعض حالات شاذة لا تصح ان تكون قياسا ولا ان تؤخذ منها قاعدة للعمل فالمجمعات لا تظهر عادة فى دم المصاب الا فى نهاية الاسبوع الأول وفى بعض الاحيان يتأخر ظهورها الى الاسبوع الثانى او الثالث كما انها شوهدت فى اليوم الخامس او ما قبل ولكن ذلك شاذ لا اعتبار له ولا قياس عليه

وتوجد هذه الخاصية من التجمع فى دم الناقهين ايضا كما اسلفنا الا انه شوهدت حالات اختفت فيها هذه الخاصية نهائيا من الدم قبل النقاهة وعلى كل حال فالغالب ان تبقى الى ما بعد الشفاء التام زمنا قد يبلغ شهورا عديدة

فالمزرعة الدموية اذا وتفاعل المجمعات طريقتان للفحص تكمل الواحدة منهما ما ينقص الأخرى ولكن هل لتفاعل التجمع كما لتفاعل التسمم الدموى فى حالات التيفوئيد منحن مميز له وذو شكل خاص . المعروف ان ليس لمنحنى التجمع ما يميزه وهو منحن غير منتظم والقاعدة العامة انه يرتفع تدريجا اثناء تطور الحمى ويسير منحنى الحرارة ومنحنى التجمع فى اتجاهين مختلفين فينخفض منحنى الحرارة بينما يصعد منحنى التجمع ويسترسل فى صعوده بازدياد كمية المجمعات فى المصل الى ان يصل اعلاه فى اللحظة الذى يتم فيها هبوط درجة الحرارة الى المعتاد ثم ينخفض بعد ذلك ببطء بسبب تناقص هذه المجمعات الى حد ضعيف نسبيا يبقى فى المصل الى ما بعد الشفاء زمنا يختلف باختلاف الحالات على غير قاعدة . هذه هى القاعدة العامة كما قلنا ولكنها ليست قاعدة مطلقة ففى بعض حالات يرتفع منحنى التجمع الى حد يستمر فيه الى ان ينخفض تدريجيا كما ارتفع وليس من النادر ايضاً أن تشاهد حالات تختلف فيها قوة التجمع من يوم الى آخر

ولمنحنى التجمع اهمية فى الانذار وتقدير العاقبة فهو وسيلة عملية يستدل بها على مقدار تفاعل جسم المريض ضد العدوى فالمنحنى العالى اما ان يدل على نوع من العدوى سريع الشفاء أو على ان للمريض فرصة النجاة لما له من قوة المقاومة وافراز المجمعات التى هى العامل الاساسى في اعدام الميكروب وانتشال المريض من براثن المرض اما اذا ضعفت هذه القوة واستمرت ضعيفة ولم يقو الجسم على افراز المجمعات الضرورية للمقاومة وكانت نتيجة الفحص المصلى سلبية مع وضوح الاعراض الاكلينيكية فالحالة خطرة ويجب التحفظ عند الانذار وتقدير العاقبة

وبالاختصار فالتشخيص المصلى وسيلة اكيدة يصح الاعتماد عليها على شرط ان يلاحظ كل ما اسلفناه بخصوصها من التحفظات والارشادات فى العمل وفى تفهم النتيجة المعطاة وهى الوسيلة الوحيدة التى نرجع اليها كلما صعب علينا الاستدلال بواسطة المزرعة الدموية لسبب ما كما ذكرنا سابقا كما ان لها فى تقدير العاقبة ميزة لا يستهان بها

ومن المأخوذ به كقاعدة الى حد ما هو ان تكون عملية التجمع واضحة فى الأحوال الحميـة الشديدة واقل وضوحا فى الحالات الخفيفة وقد تضعف جداً او تنعدم تقريبا فى الحالات الخطرة ويجب على كل حال قبل البت نهائيا فى الحالات المشتبهة اكلينيكيا والسلبية بكتريولوجيا ان يبحث عن اية عدوى معوية اخرى قد تكون هى سبب المرض

ودم حامل الميكروب ايجابى دائما للفحص بواسطة هـذا التجمع الا انه قد يكون سلبيا فى بعض الاحيان وذلك فى حالات الحامل بالتماس (Contact carrier) وفى بعض احيان أخرى لا يظهر التجمع الا فى قوة تخفيف منخفضة وقد لوحظ فى بعض حالات مزمنة من حاملى العدوى (Chronic Carrier) ان قدرة المصل على تجمع الميكروب تختلف من وقت لآخر وقد تنعدم فى بعض الأوقات

ومن المهم ايضا التنبيه اليه لادراك الصعوبة التي يلاقيها البكتريولوجي في عمله هي مسألة الجنس (Race) في نوع ميكروب التيفوئيد المستعمل لاجراء عملية التفاعل حيث تختلف النتيجة احيانا باختلاف الاجناس وليس لدينا الى الآن من التعاليم ما نستفسر به اسباب هذا الاختلاف وعليه يجب انتقاء الجنس الذي يعطى أحسن نتيجة للتجمع في أكبر عدد ممكن الحصول عليه من أحوال حمى تيفوئيدية أكيدة غير مشكوك فيها والذي يعطي في الوقت نفسه أقل تفاعل ممكن مع المصل السليم ومصل المصابين بأمراض اخرى

وخلاصة القول أنه لو عمل هذا التفاعل على اصوله ولوحظ فيه ما أسلفناه من التحفظات والارشادات لاعطانا دائماً ٩٥ ٪ من النتائج الصحيحة التي لاتقبل الشك ولنلخص هنا باختصار العوامل التي قد تعبث بنتيجة هذا التفاعل :

(١) أن يكون للمصل خاصية تجميع ميكروب ايبرت طبيعياً دون أن يكون هو السبب المرضي للحالة الكائنة

(٢) أن يكون للمصل خاصية هذا التجميع بسبب عدوى قديمة أو تطعيم باللقاح المضاد للحمى

(٣) أن تكون الاصابة بسبب احدى الميكروبات المنتسبة لمجموعة التيفوئيد كباشلس القولون وباشلس الحمى الاسيوية الشبيهة بالتيفوئيد وغيرها

(٤) أن تكون الحمى مسببة من أى مرض آخر يعطي المصل خاصية هذا التجميع كما يحصل في بعض حالات السل

(٥) أن تكون الحمى تيفوئيد فعلا ولكن ليس للمصل خاصية هذا التجميع ساعة أخذ العينة

(٣) الدوسنطاريا الاميبية

تشخص الدوسنطاريا الاميبية بكتريولوجيا بواسطة فحص البراز مباشرة بالميكروسكوب ويبحث البكتريولوجى فى هذه الحالات عن أحد أمرين يصح الاعتماد عليهما لتقرير نتيجة ايجابية :

(١) الاميبا ذاتها

(٢) الاكياس الاميبية

ويتطلب ذلك التميز جيداً بين اميبا الدوسنطاريا وأكياسها وبين أميبا القولون وأكياسها كما يتطلب التميز بينها أيضاً وبين غيرها من الطفيليات المعوية التى قد تشابهها

وللأميبا ذاتها أشكال ثلاثة :

(١) أميبا تتراجينا

(٢) أميبا هيستولوتيكا

(٣) أميبا فى حالة التحلل

ويتحتم على البكتريولوجى التفرقة والتعيين حيث لكل منها مدلول خاص يسترشد به الطبيب الى التطور المرضى الحاصل فى سير العدوى

فالانتميبا تتراجينا هى احدى مظاهر التطور الخلقى فى حياة أميبا الدوسنطاريا وهى شكل نوعى لايرى الا فى المادة البرازية ذاتها فى حالات الاسهال الناتج عن دوسنطاريا مزمنة وفى دور النقاهة من الحالات الحادة وليس من السهل دائما الاستدلال على هذا النوع اذ قد يقل عددها الى حد يصعب معه العثور عليها تحت الميكروسكوب ولتذليل هذه الصعوبة نوعا ما يرى بعضهم غسل الامعاء أولا بواسطة حقنة شرجية بمقدار ٥٠٠ جراما من الماء المغلى ثم يقطر فيها تقطيرا متوصلا مركباً يحتوى على ٠ر٥٠ سنتيجراماً من التيمول و ١٠٠٠ جرام من الماء المعقم على شرط أن تستغرق

هذه العملية ما لايقل عن ثلاثين دقيقة وبهذه الطريقة تخرج الأمعاء مخاطاً يحتوى على كثير من هذا النوع من الاميبا ويمكن الاستدلال عليها بسهولة حتى فى الحالات التى قد يكون البراز فيها سلبياً بعد فحصه عدة مرات متوالية . لذلك يجب على الطبيب أن لا يعتمد دائما على النتائج السلبية للتحليل البكتريولوجى لأول وهلة وعليه ان يستنفذ اولا كل جهود العلم لتسهيل العمل على معامل التحليل مدفوعا بعامل التضامن حبا فى سلامة المريض ورغماً عن كل ذلك يجب عليه فى النهاية ان يبلغ منتهى الحيطة والحذر فى تطبيق النتائج السلبية على الاعراض الاكلينيكية التى يجب أن يكون لها المنزلة الأولى فى تشخيص المرض .

والانتميبا هيستولوتيكا لاترى الا فى المادة المخاطية الملوثة بالدم فى حالات الدوسنطاريا الحادة والتى تحت الحادة وفى صديد الخراجات الاميبية فى الكبد والرئة والطحال والمخ وقد تصحب فى بعض الاحيان بالانتميبا تتراجينا ايضاً الا فى احوال الخراجات فلا يرى سوى انتميبا الهيستولوتيكا وترى حية فقط

والاميبا فى شكلها المتحلل ليس لها مدلول خاص وهى تطور طبيعى فى حياة الميكروب وقد يعثر عليها فى اى زمن من المرض بجانب النوعين الآخرين

أما الاكياس الاميبية فتختلف اشكالها باختلاف حالة العينة المرسلة للفحص وأما ان يستدل عليها حية أو ميتة أو متحللة أو فى حالة الانتاج و يبحث عنها فى المادة البرازية ذاتها اى بعد ان يتحول البراز عن الدور الدوسنطارى المخاطى عند اقتراب نهاية المرض وفى حالة حاملى الجراثيم وليس ذلك بالأمر الهين كما يظن البعض

والبحث عن الاميبا ذاتها يتطلب فحص المادة البرازية مباشرة أو بعد ساعات قليلة من اخراجها حيث لاتزال الاميباحية ويستعان ببعض خواصها الحيوية الى التفرقة بينها وبين اميبا القولون وما شابهها من الطفيليات الأخرى والا فارجح الطرق للتفرقة وعمل التشخيص البكتريولوجى بعد ذلك هو البحث عن الاكياس

الاميبية والتفرقة بينها وبين اكياس اميبا القولون وغيرها وهى عملية شاقة يجب ان يقدرها الطبيب و يعطف على البكتريولوجى امام هذا الموقف الدقيق وليعرف ان البكتريولوجى انما يبحث عن غرضه فى جزء صغير جدا قد لا يعتد به المادة من البرازية يأخذه على سن ابرة البلاتين و ينشره على الشريحة للفحص وقد لا يكون هناك الا عدد قليل جدا من الاكياس مبعثرة هنا وهنالك على الشريحة وهى عملية متعبة وتحتاج الى فحص اكثر من شريحة واحدة قبل تقرير سلامة العينة من الدوسنطاريا واعطاء نتيجة سلبية . اما العثور على هذه الأكياس واعطاء نتيجة مطلقة بالأيجاب فأمر صعب حيث لا تكون غالبا الا على غير حالتها الطبيعية مما يصعب معه البت والتحديد وعلى كل حال فالبحث عن اكياس اميبا الدوسنطاريا فى العينات المرسلة من جهات بعيدة والتى لم يمكن فحصها مباشرة هو السبيل الوحيد لعمل التشخيص البكتريولوجى ذلك لأن الاكياس يمكن الاستدلال عليها فى نفس المادة البرازية ولو بعد يومين أو ثلاثة من الاخراج أما الاستدلال على الاميبا الحية فى المواد الدوسنطارية فمن المستحيل فى مثل هذه الحالات وكثيرا ما تصلنا العينات متأخرة جداً وفى حالة سيئة غير صالحة للفحص لاختلاطها بالبول ولوضعها أحياناً فى أوعية تحتوى على بعض المواد المطهرة ظناً من الطبيب أنه يؤدى عمله على الوجه الصحى المرغوب ولو تريث قليلا لشعر بخطئه

قلنا فيما سبق أن البحث عن الاكياس الأميبية قد يكون عملية شاقة فى بعض الأحيان لقلتها وصعوبة العثور عليها الا أنه يمكن التغلب على بعض هذه المشاق بواسطة إعطاء المريض شربة ملحية أوحقنة فى العرق بمقدار ٠٫٠١ سنتيجراما الى ٠٫٠٤ سنتيجراما من سيانور الزئبق وباحدى هاتين الطريقتين يكثر اخراج الأكياس مع المواد البرازية فيسهل على البكتريولوجى اذاً الاستدلال عليها عند الفحص وهنالك طريقة أخرى بكتريولوجية محضة و يحبذها كثير من الثقاة وهى

طريقة تركيز الاكياس فى كمية صغيرة من المادة البرازية ولأجل ذلك طرق مختلفة نذكر منها طريقة كروبر وهارولدرو :

(١) يؤخذ مقدار جرام أو أكثر من المادة البرازية ويضاف اليه ثلاثون سنتيمتراً مكعباً من محلول الملح الفسيولوجى لكل جرام ثم يرج لمدة نصف ساعة حتى يحصل بقدر المستطاع على سائل متجانس

(٢) يضاف الى ذلك اتير ميتيل (Methyl Ether) بمقدار ٠.١٠٪ أو ٠.٢٠٪ من حجمه ويرج جيداً لمدة دقيقة ثم يترك هادئا نحو دقيقة أو اثنتين

(٣) يؤخذ السائل المنفصل الى أسفل والذي يحتوى على الاكياس الاميبية ويوضع فى أنبوبة حتى تركز المواد الثقيلة

(٤) يصب السائل السطحى من هذه الأنبوبة فى انبوبة أخرى ويدار فى آلة التركيز بسرعة معتدلة لمدة دقيقتين أو ثلاث للحصول على الراسب وبه يكون أكبر مقدار من الاكياس فى أقل كمية من المواد البرازية

(٥) يفحص ذلك الراسب ويرى فيه من الاكياس عادة نحو خمسة عشر أضعاف ما يرى فى البراز وهو فى حالته الأولى

وتحصيلا لما تقدم نذكر أن الأكياس الاميبية قد تبقى فى البراز الى ما بعد الشفاء زمناً طويلا ويكون المريض حينئذ حاملا للميكروب خطرا على الصحة العامة بينما لا تكون الانتميبا هيستولوتيكا الا عند اشتداد الازمة المرضية وتتطور الى الانتيميبا تتراجينا عند انتهاء هذه الأزمة وتطور الحالة المرضية وقد يبقى هذا النوع كالأكياس زمنا الى مابعد الشفاء وعلى ذلك يظهر من نتيجة هذه الابحاث أن الانتميبا تتراجينا والاكياس الاميبية وحدهما هما اللذان يكونان الحلقة الأساسية فى حياة الميكروب أما الانتميبا هيستولوتيكا فما هى الا مظهر وقتى يرى عند اشتداد الازمة فقط ثم يزول ولا يدخل ضمن حلقة تطوره الطبيعية

وهنا نلفت النظر الى بعض الصعوبات التى تعترض البكتريولوجى أثناء التفرقة بين أميبا الدوسنطاريا وأميبا القولون وكذلك فى التفرقة بين أكياسهما حيث قد

تختلف المظاهر الميكرسكوبية اختلافا لا حدود له يقف أمامه البكتريولوجى فى بعض الاحيان حائرا لا قرار له ذلك لأن الثقاة لم يتفقوا بعد على تحديد مميزات خاصة ثابتة لكل منها وان كنا نعتمد فى التفرقة على حجم الاكياس الا أن هنالك فى بعض الحالات اختلافا بيناً حيث تبدو اكياس أميبا القولون فى حجم يعادل الأكياس الأخرى فتبلغ ١٣ ميكروناً بينما حجمها العادى من ١٦ الى ٢٠ ميكرونا وقد تصل الى ٢٨ ميكرونا كما أن أكياس أميبا الدوسنطاريا قد تبلغ فى الحجم أكياس أميبا القولون بينما هى لا تزيد عادة عن ١٥ ميكرونا

نعتمد ايضا فى التفرقة على عدد نوايا اميبا الدوسنطاريا وهى لا تزيد ابدا عن اربع الا فى احوال شاذة لا يقاس عليها بينما تحتوى اكياس اميبا القولون على ثمان نوايا على الاقل الا ان هنالك طوراً فى حياتها التناسلية يكون فيه عدد هذه النوايا اربعاً بطبيعة الحال قبل ان ينقسم الى الثمان وهنا يكون طبعا موضع الشك والحيرة وقد يلتبس الأمر على البكتريولوجى تماما خصوصا اذا غابت عنه بعض المميزات الاخرى التى يعتمد عليها عادة فى مثل هذه الحالات وليس من النادر ان تعترضه كل هذه الصعوبات دفعة واحدة فيستحيل عليه اعطاء تقرير حاسم هذا اذا كان كما يجب ان يكون حاضر الذهن حذرا والا وقع فى المحذور واخطأ تقدير الواقع

وعند الحيطة والحذر امام هذه الصعوبات يستلزم فحص عينات متعددة فى ايام مختلفة قبل تقرير النتيجة الحاسمة ويجب ان نفهم جيداً ان العثور على الاكياس كالعثور على الاميبا ذاتها لا يكون الا عن طريق الصدفة مع الدقة والتأنى فى الفحص وان اخراج الاكياس مع البراز متفتر غير متواصل وانه ليس للعلاج بالاميتين اى تأثير عليها

الدوسنطاريا الباسيلية

تشخص الدوسنطاريا الباسيلية بكتريولوجيا باحدى طريقتين :

(١) بواسطة المزرعة البرازية

(٢) بواسطة تفاعل التجمع بمصل المصاب

المزرعة البرازية اذا عملت على الوجه الصحيح واتبع فى عملها الشروط المفروضة فأنها تقدم لنا أبهر النتائج ولأجل ذلك يجب ان نفهم جيداً انه للبحث عن باشلس الدوسنطاريا لا يرغب فى المادة البرازية ذاتها وانما يرغب فيما يصحبها فى مثل هذه الحالة المرضية من المواد الغروية الزلالية والندفات المخاطية الملوثة بالدم إذ فى هذه المواد يغلب وجود باشلس الدوسنطاريا ويسهل البحث عنه ولذلك عند طلب هذا الفحص يجب جمع وارسال المادة البرازية التى تحتوى على هذه المواد كما يجب عمل المزرعة على الفور اذ لايمكن الاستدلال على باشلس الدوسنطاريا فى مادة مضى على تبرزها بضع ساعات ومن باب أولى من براز مضى عليه نحو ٢٤ ساعة أو اكثر كما يحصل عادة فى ارسال مثل هذه العينات للفحص من جهات بعيدة، ذلك لتوارى الميكروب أو اختفائه بسبب كثرة نمو الميكروبات الأخرى الموجودة عادة فى الامعاء الا انه قد توجد بعض حالات يستدل فيها على الميكروب بسهولة رغم تأخير الفحص او سوء اختيار المادة المرسلة ولكنها الحالات الخطرة التى يفوق فيها باسيل الدوسنطاريا سائر الميكروب الاخرى الموجودة فى الامعاء حتى لقد يكون هو وحده النوع الذى يعثر عليه وهى فى الغالب حالات لايحتاج فيها الطبيب الى معونة زميله البكتريولوجى لوضوحها وسهولة تشخيصها اكلينيكيا

وهنا مسألة مهمة يجب لفت نظر الطبيب اليها تلك هى ان احسن فرصة لسهولة الاستدلال على الميكروب فى المادة البرازية هى الاربعة أو الخمسة الأيام الاولى

من حدة المرض اما فيما بعد ذلك والمريض سائر نحو الشفاء فالأمر صعب لاختفاء الميكروب بسرعة وتفوق باشلس القولون فى النمو عليه

يرى مما تقدم الشروط التى يجب اتباعها عند عمل المزرعة البرازية لتشخيص الدوسنطاريا الباسيلية كما يرى اهمية الاحتياطات المذكورة عند تفهم النتيجة المعطاة بواسطة هذه المزرعة الا انه رغم تتبع هذه النصائح وعمل احسن الاجراءآت الفنية المطلوبة فقد تكون النتيجة سلبية فى بعض حالات خفيفة للدوسنطاريا ولكن المبدأ كما اسلفنا ان لا تعار النتائج السلبية للتحليل البكتريولوجى كل الاهتمام ويجب الحيطة دائما فى تقديرها والاخذ بها أما الأيجابية منها فيجب اعتبارها والاعتماد عليها

ولا يفوتنى هنا ان اذكر بعض مشاهدات من الفحص الميكروسكوبى المباشر للمادة البرازية وهى ذات أهمية تشخيصية فى الحالات السلبية بكتريولوجيا للباسيل نفسه اى الحالات التى لم يعثر فيها على الميكروب ذاته، ولو بالوسائل المتقدمة اذكرها على سبيل الايضاح لتقديرها وتعرفها عند تفهم النتيجة واستخلاصها من صفة كريات الدم الموجودة فى البراز والتى يقدمها البكتريولوجى للطبيب اعانة للاستدلال على نوع المرض. تلك هى كثرة وجود خليات الدم البيضاء فى المادة البرازية الى الحد الذى يصفونه احيانا (Leucocytrrhea) وتكون الغالبية لذات النواة الواحدة كما تكون الغالبية فى الدوسنطاريا الاميبية لذات النوايا العديدة ويمكننا ان نعتمد على هذه المشاهدة مضافة الى المشاهدات الأخرى للتفرقة وترجيح كفة التشخيص

ويجدر بنا فى هذا المقام ان نذكر شيئاً عن مختلف انواع هذا الباشلس حيث يوجد منها ما يسمى بباشلس شيجا وفلكستر وهيس وسترنج ويعتقد بعض الثقاة ان شيجا هو الباشلس الوحيد المسبب للحالات الخطيرة فى الدوسنطاريا الباسيلية وهو وحده الباشلس الوبائى لهذا المرض ويفرز دون الانواع الاخرى مادة سامة فعالة كما أنه النوع المرضى الوحيد لهذه الدوسنطاريا فى حيوانات التجربة بالمعامل أما باقى الأنواع فلم يبت نهائياً فى قيمتها المرضية ولم تزل موضعاً للبحث وقد يسميها

بعض المؤلفين بباسيل الدوسنطاريا الكاذب معتمدين فى ذلك على وجودها احياناً بكميات ضعيفة فى براز الاصحاء الا أن الشائع والمعتبر عامة هو أنها السبب فى الحالات الفردية للدوسنطاريا الباسيلية الحميدة

ولكن ما شاهده دوبتر وسيكر عام ١٩٠٤ فى الابحاث التى عملاها فى أربعة أوبئة حصلت بمعسكر الحرس بباريس كما جاء برسالة الاستاذ روشكس تدل على سامية هذه الأنواع أحيانا وتسببها فى حالات دوسنطاريا خطيرة حيث كان أحد هذه الأوبئة بسبب باسيل شيجا وآخر بسبب باسيل هيس وأثنين بسبب باسيل فلكستر وقد دلت المشاهدات والابحاث على تشابه هذه الأنواع وتعادلها فى الخطورة وكانت سامية باسيل فلكستر سبب الوفاة الواحدة التى حصلت فى هذه الاوبئة الأربعة . كما دلت الأبحاث التى عملت عن وباء الدوسنطاريا بمدينة ليون فى نفس العام أن باسيل فلكستر هو المسبب الوحيد وقد شوهد فى كل أطواره ما بين منتهى الخفة وأقصى حدود الشدة

وذكر موجنروت أن أخطر حالات الدوسنطاريا التى شاهدها بالصين كانت بسبب باسيل فلكستر وهكذا تتعدد الامثلة مما يدعونا الى تعديل ذلك الرأى السائد الذى أسلفناه والاعتقاد الى حد ما يتعادل شيجا وفلكستر وهيس وسترنج أما وجود أحد هذه الأنواع بكميات ضعيفة فى براز الأصحاء فلا يدل الا على أن هنالك من الأصحاء من يحمل الميكروب. أولئك هم الذين لا يضيرهم الباسيل ولكنهم يعيشون مكمناً له ومنشأ للعدوى وانتشار الوباء

هذه معلومات عامة يجب أن يعرفها الطبيب مبدئيا وهنا نورد الصعوبات التى يصادفها البكتريولوجى عند الفحص والتى يجب أن نعرضها جلية أمام الطبيب ليتعرفها ويقدرها عند تفهم النتيجة المرسلة اليه فقد يصادف البكتريولوجى من الميكروبات أثناء عمله ما يتشابه تماما مع باسيل الدوسنطاريا فى بعض الاوصاف ويختلف عنه فى الاخرى خصوصا فيما هو مختص بتفاعل التخمير فى المزارع

السكرية ، وهو أحد العمليات المعتمدة للتحقيق ، ذلك هو باسيل الدوسنطاريا غير الأصيل Atypical form وهو أنواع كثيرة منها موجان ولدنجهام و بارتلين و بتلو ورملنجز وساكييه وكستلانى ولبقادتى وكثيرة غيرها الا أن التفرقة بين باسيل الدوسنطاريا الاصيل وغير الأصيل تلك التفرقة المبنية عادة على تباين الكفاءآت فى هذا التخمير السكرى هى تفرقة لاشك نسبية كما أثبت ذلك حديثا أستاذاى نول كورمون وروشكس فى أبحاثهما بمعهد باستور بليون حيث استدلا على أن هذا الباسيل غير الأصيل ماهو الاباسيل الدوسنطاريا الاصيل مقطورا بما يلائم البيئة والوسط الذى نشأ منه ويعيش فيه الا أنه رغما عن كل ذلك يجب التمعن قبل التقرير لأن هنالك بعض صعوبات قد تربك العمل وتشكك فى النتيجة إذ قد لايتجمع احدانواع هذا الباسيل كباسيل مورجان مثلا بواسطة مصل المريض نفسه المفصول منه ذات الميكروب وفى ذلك ما يحرج مركز البكتريولوجى عند تقرير النتيجة ويتطلب منه الحكمة والتروى فى ارشاد الطبيب وليس ذلك بالأمر الهين

وجملة القول فاستكشاف باسيل شيجا يدعو لامحالة الى تشخيص دوسنطاريا باسيلية لاشك فيها كما أن كثرة وجود باسيل فلكسنروهيس وسترنج تدعو عادة الى مثل هذا التشخيص ولكنها طبعا دعوة غير مطلقة كما أوضحنا ذلك سابقا . أما وجود باسيل الدوسنطاريا غير الأصيل فلا يسمح بالبت فى التشخيص على الفور بل يجب عمل ابحاثات خاصة لكل حالة من هذا النوع قبل اعطاء النتيجة الحاسمة

هذا هو كل مايختص بالمزرعة البرازية ولنتكلم الآن عن التشخيص بواسطة التجمع المصلى وهى عملية تحتاج الى منتهى الدقة اذ هى عرضة لكثير من الغلطات. ولضبطها يجب ملاحظة النقط الآتية :

(١) أن مصل المصاب يجمع الميكروب المسبب لنفس الأصابة الا أن هذا التجمع لايكون الا بعد اليوم الثامن أو العاشر من المرض فى الحالات الخطيرة

أو الشديدة على وجه الاجمال وتبقى هذه الخاصية فى المصل الى ما بعد الشفاء لمدة شهرين أو ثلاثة أما فى الحالات الخفيفة فقد لا يكون للمصل هذه الخاصية

(٢) أن مصل السليم أو المصاب بغير هذا المرض لا يجمع ايا من الميكروبات المكونة لمجموعة باسيل الدوسنطاريا

(٣) أن مصل المصاب بباسيل شيجا يجمع كل الميكروبات المكونة لهذه المجموعة الا أنه عديم التفاعل مع باسيل فلكسترهيس وبالعكس فمصل المصاب بغير باسيل شيجا لا يجمع باسيل شيجا و يجمع الميكروب المسبب للاصابة فقط وهذا ما يسمونه بقانون مارتينى ولنتز

هذه هى النقط الثلاث التى يجب الانتباه اليها عند تفهم نتيجة هذا التشخيص والنقطة الاولى صحيحة دائما و لا يتغير مدلولها على وجه عام أما النقطتان الاخيرتان فيجب الحيطة فى تقدير مدلولهما وتحديد قوة التفاعل فيهما قبل أن نستخلص منهما نتائج مطلقة فقد شوهدت حالات تجمع فيها بسهولة باسيل الدوسنطاريا خصوصا نوعى فلكسترهيس بمصل مريض مصاب بغير هذا المرض مما دعا الى تغيير وجه الحقيقة و تضليل الاطباء واتهام ذلك الباسيل بما هو برىء منه

فعلى البكتريولوجى اذاً أن لا يستعمل فى تجاربه هذه الا المزارع الحديثة العمر التى هى أقل تجمعا من العتيقة وأن لا يعتبر الا التجمع الكلى حيث لا يبقى من المكروب ماهو طليق وأن تبقى فيكون نادرا بين جموع هذا التجمع كما يجب عليه قبل اجراء تجاربه أن يحدد بواسطة المصل السليم أقصى قوة تخفيف لتجميعه للباسيل المستعمل فى هذا التفاعل وعلى العموم فاقل قوة تخفيف معتبرة لباسيل شيجا هى $\frac{١}{٥٠}$ و $\frac{١}{١٥٠}$ لباسيل فلكسترهيس وما دون ذلك فلا قيمة له ولا يصح الاخذ به الا على مسؤولية الاعراض الاكلينيكية التى يجب أن يقدرها الطبيب بمهارة ودقة

ومما يجدر ملاحظته أيضا فى مصل بعض الافراد الذين سبق أن أصيبوا بالحمى التيفوئيد أو طعموا باللقاح ضدها وكذلك مع حالات الباراتيفوئيد وجود مجمع للدوسنطاريا

الباسيلية خصوصا ما كان منها مسبب عن نوعى فلكستر وهيس بجانب المجمع الخاص لهذه الحميات وقد يكون بمقادير وفيره الى حد انتاج تجمع ايجابى بيّن لباسيل الدوسنطاريا. وهذه وقائع ثابتة تسبب عنها أغلاط كثيرة فى التشخيص البكتريولوجى وأصبحت موضع الحيطة والحذر فعلى الطبيب أن يتعرف هذه المضاعفات وعليه أن يوجه نظر البكتريولوجى الذى يجرى تجاريبه للتحقيق فى مثل هذه الحالات بواسطة طريقة تشبيع المجمعات

أريد الآن قبل ختام هذا الموضوع أن أقرر غير ما ادعاه مارتينى ولنتز فى نظريتهما الشائعة والتى أسلفناها فيما تقدم فهى وان كانت صحيحة فيما يختص بعدم تجمع باسيل شيجا بمصل المصاب بباسيل فلكستروهيس الا ان مصل المصاب بباسيل شيجا كثيرا ما تجمع باسيل فلكستروهيس وقد يكون التجمع بمقادير متعادلة ان لم يكن أكثر كما لاحظ الاستاذ روشكس فى مشاهدات عديدة بمعهد باستو بليون

وهكذا نرى مما تقدم أن تشخيص الدوسنطاريا الباسيلية بواسطة تفاعل التجمع المصلى يحتاج الى مهارة ودقة فى العمل كما يحتاج الى عناية وحذر فى تفهم النتيجة وعلى العموم فالتشخيص بواسطة المزرعة البرازية هو أحسن الطريقتين وأجدرهما بالاعتماد

حمى الملاريا

مشاهدات عن باتولوجيا الجهاز العصبي المركزي وبعض ابحاث أكلينيكية فى أحوال الملاريا الخبيثة

بقلم

Dr. John Gordon Thomson.

الدكتور جون جوردون طومسن — مدير قسم الطفيليات

والدكتور انكس ــ المحاضر بقسم الطفيليات بكلية طب المناطق الحارة بلندن

وتعريب الدكتور عبد العزيز محمد شرف مفتش ثان صحة مديرية قنا

نشرت هذه المقالة بمجلة طب المناطق الحارة بعددها الأخير ونظراً لأهميتها وحداثة ابحاثها آثرت تعريبها فيما يلى

مقدمة

لفت الاستاذ كارلى سيفارث Carly Seyfarth عند زيارته لانكلترا النظر لبعض تغيرات هستو باثولوجية معينة عادية الحصول فى الجهاز العصبى المركزى فى أحوال الوفيات من الملاريا الاغمائية

ولقد اتضح من ابحاث الاساتذة مارجولس Margulis (١٩١٤) ودورك Durck (١٩١٧) وفرانكل Frankel (١٩١٧) واوسترلين Oesterlin (١٩٢٠) ووينجارتنر Weingartner (١٩٢٠) وماريتسكو Marinescu (١٩٢٠) واربيرجياو پوپيا Obergia & Popea (١٩٢٤) وفريفيلد Frefield (١٩٢٤)

وسيفارت Seyfarth (١٩٢٦) انه فى عدد كبير من الحالات التى نشأت وفاتها من الملاريا الخبيثة تظهر (عُقَدٌ) فى المساحة التى تحت القسم الغلافى من المخ وفى حالات نادرة فى نفس الطبقة من المخيخ ومن رأى دورك وسيفارت انها من نوع الجرانيلوما الحقيقية وهذه التغيرات المميزة فى الجهاز العصبى المركزى توجد ميلا للاعتقاد بان الملاريا هى من ضمن الامراض التى لها علاقة مسببة لحالات التصلب المضاعف

وبما ان قليلا من الكتاب الانكليز لم يعطوا كثيراً من العناية لبحث هذا الموضوع فقد أجرى فحص كمية كبيرة من مادة المخ وجدت فى حيازتنا وصار تتبع النتائج المرجحة لهذه التغيرات والتكونات المرضية على عقلية المريض وكذا على مجموعه العصبى عند حصول العدوى (بالبلازمود فالسبيرم — جرثومة الملاريا الخبيثة) واتضح من هذه المباحثات ان هذا البحث يستحق مشاهدات اكلينيكية بعناية تامة وخصوصاً فى المرضى الذين اعترتهم نوبات اغمائية .

باتولوجيا الجهاز العصبى المركزى مع تنويه بصفة خاصة لحويصلات الملاريا

بفحص كل ما كتب فى مادة الهستو باتولوجيا للمجموع العصبى المركزى فى حمى الملاريا اتضح أن أغلب المشاهدات تمت فى حالات تأثرت بوفاة اغمائية ناتجة من عدوى شديدة بالبلازمود فالسبيرم كما أنه أتضح ان الفحص التشريحى لانسجة كانت مريضة بالملاريا فى المعمل الباتولوجى كان غالباً يعمل على جناح السرعة وبقليل من العناية وينحصر فقط فى أخذ شرائح قليلة العدد من المخ أو عمل قطعات من القسم الغلافى على غير هدى أو أساس فنى لاغراض تشخيصية ولكن من الواضح الآن انه اذا كان الغرض هو التوسع فى معرفة حقيقة التغيرات المتنوعة فى الجهاز العصبى المركزى فى أحوال الملاريا فمن الضرورى عمل فحص أدق ومشاهدات مرتبة منظمة فى مساحات المخ والمخيخ وطبقاتهما المختلفة وكذا فى النخاع المستطيل والضفيرة العصبية الى المخ ولقد سبق ان عملت ابحاث على باتولوجيا المخ بمعرفة

الاخصائيين الايطاليين وذكر كثير منها فى مصنفات مارشيافافا "Marchiafava" وبجنامى Bignami (١٨٩٤) وايضاً منابرج Manaberg (١٨٩٤) ولقد أضاف كل من لافيران Laveran فى مؤلفه (١٩٠٧) مشاهدات قيمة أخرى فى الموضوع وبعد ذلك سيرلتى Cerletti (١٩٠٩) ولافورا Lafora (١٩١٢) حيث أثبتا تفصيلات لتغيرات خلوية فتية فى المخ فى أحوال الملاريا .

وبعمل قطاعات فى المخ يرى بالعين المجردة أن مادته تتخذ لونا رمادياً سنجابياً أو غامقاً، وهذا مسبب من وجود الطفيلات الملونة بكثرة زائدة ، ويشاهد به ارتشاح وزيادة دموية وأنزفة خيطية سطحية بالمادة البيضاء كما يشاهد بالسحايا ارتشاح جزئى واحتقان باوعيتها وأحيانا توجد أنزفة خفيفة . ولقد وصف كل من Monier Vinard مونير فينار وپواسو Poisseau وليمر Lemair (١٩١٦) هذا التفاعل الخلوى وشرحوه ومن رأيهم أنه تفاعل لمفاوى. وتندر كريات الدم البيضاء ذات النوايا المتعددة وعلى عكس ذلك تظهر كثيرة فى الكريات ذات النواة الواحدة والخلايا الأندوتولية وفى بعض الحالات التى فحصت يظهر فيها كثرة الرشح المصحوب بخلايا صغيرة فى الطبقة التى تحت العنكبوتية وخصوصاً حول الأوعية وقد تكون منتشرة أى غير مستكنة لما هو حول الأوعية فقط وقد وصف لافيران هذه الحالة بأنها التهاب مائى ووافقه فى هذا الرأى دورك — ولا شك أن أهم تغير مجهرى ظاهر فى الطبقات الغلافية والتى تحتها المخ والمخيخ هو الانسداد التام للأوعية الشعرية والمخية بكريات دم حمراء حاملة للجراثيم التى بغريزة ميلها للتجمع ملتصقة بالغشاء المبطن للأوعية فينبنى على ذلك حصول ارتشاح وضعف فى الحركة العادية للدورة الدموية وربما يتكون من ذلك جلط دموية وأنزفة شعرية وكذا يتضح لأول وهلة أن هناك زيادة فى عدد الأوعية الشعرية ولكن من المرجح أن هذه الزيادة هى ظاهرية فقط وغير حقيقية إذ من المعقول أنه بسبب امتلائها تظهر أكثر وضوحاً وعدداً

وخلايا الغشـاء المبطن تبدأ ناشطة بخاصة الافتراس حيث تتمدد مادتها الحيوية (البروتوبلازم) وتظهر فيها فقاعات تحوى مواداً ذات طبيعة دهنية وتنتزع نفسها من جدر الأوعية فى عدد هائل حتى أنه يمكن مشاهدتها فى بعض أحوال الملاريا الخبيثة حائمة فى الحركة الدموية الطرفية فى أدوار مختلفة من التحلل وزيادة على ذلك ربما ساعدت كثيرا فى تكوين جلط فى الأوعية الدقيقة ولقد أظهرت هذه الخلايا ميلا لاختراق المادة العصبية حيث تكون هناك الخلايا المسماة Stabchenzellen وربما تواجدت كريات دم بيضاء لمفاوية فى هذا الجزء من المخ كما أثبت ذلك سبرلتى (١٩٠٩) أو تواجدت داخل مجرى الأوعية أو فى الاوعية اللمفاوية، وقد أورى فريفلد Frefield (١٩٢٤). ان الطبقة اللمفاوية حول الاوعية تكون أكثر جلاء ووضوحاً لسبب حصول الارتشاح، وهو يعتقد أن هذا هو دور ترسب جزئى لارتشاح الخلايا، كما أورى كثير من الباحثين أنه ربما كانت هناك حالة استحالة متقدمة لخلايا المخ كثيرا ما تظهر بشكل استحالة لونية متقدمة مصحوبة بتمدد، وفقاقيع فى بروتوبلازم الخلايا وفقدان لحبيبات نسل Neissel's granules مصحوبة بتحلل فى الألياف العصبية المستطيلة ولقد أثبت لافورا وجود خلايا نجمية الشكل متكيسة كبيرة الحجم لها مايشبه القدم لتثبيتها وبها علامات Astrocysts استحالة كيسية وتوجد فى المادة السنجابية وأيضاً فى مادة المخ البيضاء . وكثيرا ماجاء ذكر هذه الخلايا فى أحوال مرضية حادة أخرى كالشلل الجزئى. هذا وحصول الانزفة الشعرية يكون عادة فى الطبقة تحت الغلافية للمخ وربما حصلت فى الطبقة الغلافية نفسها . ومن الغريب ان كريات الدم الحمراء فى هذه الخلايا وحولها يندر ظهور جراثيم الملاريا بها ولو ان الاوعية الشعرية فى الجهات المجاورة تكون محملة بها فى الوقت نفسه بكثرة زائدة

ولنصف اخيرا العقد (الحويصلات) الخاصة بالملاريا التى عنى بها كثيرا دجوليس (١٩١٤) وآخرون : — لقد فحصنا اجزاء كثيرة من المخ فى اثنتى عشرة

حالة ملاريا خبيثة من النوع الاغمائى توفيت بهـذا السبب وقد صار فحص المخيخ ايضا فى حالتين منها وقد كان قصدنا احصاء عدد حالات حدوث هذه العقد التى سبق مشاهدتها بمعرفة كثير من الباحثين وخصوصا الالمان ففى ثلاث حالات وجدت هذه العقد فى الطبقة الغلافية للمخ ووجـدت ايضا فى حالة واحدة فى المخيخ وشوهدت فى مخ واحد على الخصوص تغيرات كثيرة مصحوبة بانزفة شعرية ويظهر ان أول من شاهد هذه التغيرات المرضية هو مرجوليس (١٩١٤) ووافقه عليها بعد ذلك دورك وغيره (١٩١٧) : — واشد هذه التغيرات وضوحا فيما فحصناه كان فى الطبقة الملاصقة تماما لنهاية الطبقة الغلافية من المخ حيث شوهدت نزفة شعرية متعددة بها بكل من المخ والمخيخ. وفى احدى هذه العقد يلاحظ وجود وعاء دموى شعرى بوسطها محتوعلى جراثيم الملاريا ومحاط بهالة متنكرزة من الانسجة وحولها هالة اخرى من خلايا مخية حديثة النشوء وحول هذه هالة اخرى مكونة من كريات دم حمراء خالية من جراثيم الملاريا وقد شاهد مرجوليس هذه الهالة من كريات الدم الحمراء حول المساحة المتنكرزة سالفة الذكر (١٩١٤) . وان الخلايا المخية التى تأخذ وضعا قطريا للهالة تظهر بها احيانا حلة توالد بالتقسيم وتكون نواتها بشكل الحربة وبهذا النظام يكون الشكل العمومى للعقدة كالنجمة .

ويرى مرجوليس ان هذه العقد مسببة عن حالة ركود وتجمد فى الاوعية الشعرية المجاورة ويضرب لذلك مثل التصلب الذى يحصل فى الاعضاء الاخرى فى عملية التجديد وقد وجـدها فى السرير البصرى وقد فحص دورك (١٩١٧) و (١٩٢٥) باتولوجيا هذه التغيرات بعناية تامة وشرحها واعتبر ان الهالة التى تتكون حول الوعاء الشعرى هى نتيجة أثر سموم جراثيم الملاريا مما يمكن اعتباره حالة دفاعية التهابية ثم أورى أيضاً ان هذه التغيرات تضاهى الاورام المخية المرضية الحقة بمالها من خاصية احداث مراكز تصلبية متعددة وقد اثبت وجود هذه العقد فى كل حالات الملاريا الخبيثة بلا استثناء وانها تشبه التغيرات المرضية

المخ فى حمى التيفوس الا ان البحاثة سبيميير Spiebmeyer (١٩١٩) أورى ان الفارق فى الشكل بين تغيرات التيفوس والملاريا المخية انه فى حالات التيفوس لا يوجد الترتيب النجمى . ثم ان حالة التنكرز فيها لا تكون متقدمة . واثبت فرانكل وجود العقد فى حالة واحدة (١٩١٧) . وفحص أوسترلين (١٩٢٠) أربعا وعشرين حالة فوجدها فى اربع حالات فى المخ وفى حالتين فى المخيخ ووجدها فى كل من المخ والمخيخ فى حالة واحدة كما قد صادفته فى حالة حمى ملاريا ثلاثية حصلت وفاتها لمضاعفتها بحالة مرضية أخرى وفى حالة حمى مياه سوداء . ولقد قدم وينجارتر Weingartner (١٩٢٠) وصفا شيقاً لهذه التغيرات المرضية الموضعية فى المخ اذ أورى أن الخلايا المخية تتواجد حول مركز لنزيف شعرى مسبب من الركود والتجمد . الا أن دورك أوضح أنها غير مصحوبة بنزيف ولكن خالفه فى ذلك مارنسكو (١٩٢٠) أذ أوضح انها تصاحب النزيف وأبدى أنها مسببة من تفاعل تهيجى أما من النزيف أو من سموم جراثيم الملاريا وذلك بسبب أنها تشاهد دائما فى مجرى أحد الأوعية وفى مداها . هذا وقد وصفها كل من اديرجيا وبوبيا (١٩٢٤) فى حالتين وقد قدرا حجم العقدة بانها تبلغ من ٣٠ الى ١٥٠ ميكرونا فى القطر .

كما أثبت فريفيلد (١٩٢٤) وجود هذه العقد فى احوال الملاريا الخبيثة وفى حالة وبائية حميدة . ثم قدم سيفارت فى شرحه الشيق لباتولوجيا الملاريا (١٩٢٦) معلومات عن هذه العقد مؤكداً ان لها خاصية أمكان أحداث حالة تصلب متنقل وأوضح أيضا أنه فى حالة شفاء المرضى المصابين بهذه التغيرات المرضية لوحظ أنه من المحال أن يسترد المخ الحالة العادية السابقة أووظيفته الطبيعية تماما وأنه بغض النظر عن التغيرات الموضعية المرضية الهامة تحصل اضطرابات فى الذاكرة تشاهد فى نحو خمسين فى المائة من الحالات الشديدة الوطأة . وفى كل الحالات التى صار ايضاحها يلاحظ أن أهم تغيير مشاهد هو تواجد هذه العقد مع الأنزفة الشعرية

واحيانا تظهر هذه الظاهرة وفى كل من المخ والمخيخ فى نفس الحالة . ومما لاشك فيه أنه يظهر ان هناك علاقة ما بين تكون هذه العقد والنزيف الشعرى كما يظهر أن النزيف يبدأ أولا. ومن المدهش جدا انه يندر وجود جرثومة الملاريا فى كريات الدم الحمراء بالهالة التى تكون حلقة حول المساحة المتنكرزة وأنه من الصعب تفسير وجود هذه الكريات ــ التى لا يشاهد بها تغير مطلقا ــ بشكل حلقة حول الهالة واحيانا مبعثرة هنا وهناك فى نفس الهالة مع الخلايا المخية الحديثة . ولو أن هذه التغيرات من الممكن اعتبارها غير مرتبطة بالنزيف (دورك ١٩٢٥) وانها مسببة من التهييج المستمر بالسموم المرضية ، فأن هذه المشاهدات تؤدى بنا الى أعتبارها انها كثيرا ما تحدث من النزيف كما يمكن اعتبار حالة التنكرز مسببة عن هذا النزيف وان ذلك بالتالى يهيج فى الانسجة تفاعلا نشاطيا توالديا يتسبب منه توالد الخلايا المخية الحديثة النشوء وهذا يستمر حتى يتم الشفاء تاركا أثرة التحام بشكل مساحة تصلبية موضعية .

« النتائج العصبية المسببة من الملاريا »

قوبلت التغيرات العقلية والأعراض العصبية المضاعفات لحالات الملاريا الحادة والمزمنة بكثير من الفحص الاكلينيكى . ولو أنه كثيراً ما صار استقصاء وبحث الحالات باتولوجيا فانه لم يمكن معرفة أسباب كثير من الاعراض الاكلينيكية التى تشاهد بالمرضى قبل وفاتهم . ولاشك أن الملاريا وحدها كافية لاحداث حالات عصبية، ولكن من المعلوم أيضاً أن كثيراً من هذه التغيرات تتأثر بمؤثرات التوارث أو التصلب الشريانى أو الآفة القلبية أو الزهرى . والكؤل أو أية حالة أخرى مشابهة تصادف وجودها وأهمل ذكرها وادراكها فى عملية البحث والتنقيب. ونرى أنه فى حيز المحال فى هذه الرسالة ان نبحث التغيرات الاكلينيكية والاعراض المرضية المتعددة للمجموع العصبى المركزى المسببة عن الملاريا على وجه الخصوص

بحثا وافياً دقيقاً . ولكن من مشاهدات ونتيجة فحص باتولوجيا المخ فى أحوال الملاريا الاغمائية يتضح ان للملاريا آثاراً بعيدة المدى فى حياة المريض المقبلة .

ومن المفيد لعمل بحث اكلينيكي الاعراض العصبية التى تشاهد فى احوال الملاريا تقسيم هـذه الى قسمين ما يختص منها بالاعراض التى تظهر فى حالات الملاريا الحادة وما يختص منها بالاعراض التى تظهر فى الحالات المزمنة والتى زال عن المرضى بها أعراض الملاريا نفسها النوعية تماما . ومن الممكن أن تستمر أعراض الحالات الحادة ملازمة المريض لتتخذ شكلا مزمناً وبذا تلازم اعراضها الدورين الحاد والمزمن . وذلك بسبب مما سبق ذكره من وجود تغيرات هامة ومختلفة المدى والتأثير تسبب هلاكا للانسجة يعقبه تجدد غير تام وهذه هى الحالات المقصودة بالشرح هنا فيما يختص بالمشاهدات الباتولوجية بهذه العجالة : —

ولقد شاهد عدد من الباحثين الخواص الاكلينيكية الآتية مسببة عن ملاريا حادة شديدة الوطأة : — (١) نوبات سكتة دماغية أى حالة أغماء فجائى مصحوبة بقليل من الأعراض المنذرة او ربما انعدم ذلك كلية (٢) ارتفاع كبير فى درجة الحرارة (٣) تشنجات شبه صرعية (٤) افراز عرق كثير غير ميسور منعه (٥) — (رقص زنجى) كوريا (٦) شلل (٧) اضطربات مخيخية (٨) شلل نصفى او بالطرفين السفليين (٩) تغيرات عصبية محدودة فى مدى تغذية عصب معين كالعصب المخى الثالث او السابع (١٠) تصلب مضاعف (١١) التهاب عصبى طرفى (١٢) دخل فى القوى العقلية . وايضا يشاهد فى احوال الملاريا الحادة جواز حصول كوما — فقد الأدراك — تهيج — فقد النطق او الذاكرة او كليهما هبوط عام — تهيج جنونى — واعراض سحائية .

هذا ولو أن البلازموديوم (فالسبيرم) جرثومة الملاريا الخبيثة لها قوة احداث تغييرات باتولوجية هامة شديدة مصحوبة بكوماً وأيضاً لها قوة احداث هذه الاعراض

الاكلينيكية والمضاعفات السالفة الذكر فان كثيراً من الآراء عرض لوصف حقيقة الأمر وسببه فى أحوال حصول النزيف الشعرى أو الأوزيما (لسبب اعاقة الدورة الدموية الشعرية) أو حالة الليونة أو الهشاشة لأنسجة المجموع العصبي المركزى (بسبب التجمد والتنكرز) ويظهر أن هذه الحالات مسببة من دوران سموم الجراثيم فى الدورة الدموية وأنها تحدث تغيرات فى نفس الدم ويتسبب من ذلك كاكسيا الملاريا أو انيميا موضعية بسبب ذلك . كما أن هذه السموم تؤثر فى الأعصاب اذ تشاهد أحوال التهاب فيها وأيضاً تحدث أوزيما بسحايا الضفيرة العصبية وما ينشأ من ذلك من التورم وضغط جذور الاعصاب كل ذلك بسبب هذه السموم فى الدورة الدموية وأخيراً تظهر حالة تصلب مضاعف مسبب من عملية التجديد فى المراكز المتعددة التى طغى عليها التنكرز .

وكل هذه الاعراض التى تصاحب الملاريا الخبيثة تحصل كقاعدة عامة وهى تتخذ فى أغلب الاحوال تفاعلا ايجابياً لطرق المعالجة ولكن يظهر أن الاعراض العقلية والعصبية ذات الخاصية الزمنية من سابقة مرض بالملاريا لاتزال من الغموض بحيث تبقى فى حاجة لبحث اكلينيكى دقيق مستوف كما أن كثيراً من الاعراض العصبية المختلفة المدى كالهبوط العام وفقد الذاكرة الخ ربما كان من المعقول نسبتها للتغيرات الباتولوجية المخية التى صار شرحها بهذه العجالة .

مصر العليا كمصح شتوى

« الحمامات الشمسية فى مصر العليا »

بقلم جورج ورتنجتون George V. Worthengton M. B. B. C. Canb

نقلا عن مجلة اللانست Lancet

تعريب الدكتور محمد مبارك

اعتاد بعض زوار الصحة والسائحون أن يأخذوا حمامات شمسية اعتباطا من غير علم ومن غير استشارة ولقد ادعى فى كل موسم شتاء لرؤية قليل منهم متأثرين قليلا أو كثيرا من زيادة التعرض وذلك نتيجة عدم المعرفة فلا يوجد فى مصر الآن ولا فى بقعة واحدة محال مستعدة للعلاج الشمسى ولذلك كانت نتيجة العلاج غير مؤكدة وكان الاستحمام الشمسى نوعا من المخاطرة ولم يرغب الا القليل نسبياً فى التمتع بما فى هذه البقعة من مزايا طبيعية تحفظ الصحة وتجليها

ولقد ابتدأت تعالج هذه الحالة فى الاقصر فقد قرر مديرو شركات فنادق الوجه القبلى أن يعملوا المظلات والمآوى اللازمة على سطوح فندق الاقصر الجديدة وزيادة على ذلك توجد جملة غرف ببلكونات فى كلتى فندق « ونتر بلاس » وفندق الاقصر . وفى استطاعة زوار الاقصر فى المستقبل أن يأخذوا حمامات شمسية بطريقة عملية تحت الملاحظة. ومصر العليا مكان ممتاز لهذا الغرض، فالشمس الساطعة الحارة تظل طول النهار وكل يوم فى طقس رائق جاف بارد ومنعش، ويمكن استمرار العلاج مدة ثلاثة أشهر بدون انقطاع .

وزيادة التعرض قد تحدث تأثيرا سيئا ويجب الاحتراس منها واتباعا لرولير Rollier يجب أن يبدأ بتعريض الأطراف السفلى فقط حتى يمكن التعود عليها قبل

تعريض الاعضاء شديدة التأثير . والمرشد اثناء التعرض هو تلوين الجلد ، فكلما ظهر التلوين سريعا كلما أمكن سرعة التعرض، واذا ما تلون كل الجلد لم يكن هناك خوف من زيادة التعرض أو من الحروق ، ويمكن للمريض وقتئذ أن يتمتع بجملة ساعات تعرض للشمس من غير ما ضرر ولكن يجب أن يحافظ على الرأس والعنق باستمرار . وأحسن ساعات الحمام وقت الصباح — من الساعة ٦ — ٩ حيث يكون الهواء أبرد ما يكون و بعد هذه الساعة يجب أن تكون مدة التعرض أقل وعدد المرات أكثر

ويحس من يأخذ حمامات الشمس اذا كان يأخذها بمقدار مضبوط بصحة وانتعاش وتزيد مقاومته ويخف المه و إذا كان التعرض زائدا أحس المريض بضعف والم فى الرأس ودوخان . والمقدار الزائد ربما أدى الى الم مستمر فى الرأس وتهيج عصبى وأرق . أما العلامات التى تشاهد على المريض فهى زيادة بسيطة فى حرارة الجسم غير مستمرة و زيادة فى النبض والتنفس أما العضلات فتزيد قوتها . والاحوال التى تنفع فيها الحمامات الشمسية هى الالتهابات الليفية المزمنة وأنواع الروماتزم المزمن يدخل فيها عرق النساء والالتهابات العصبية الاخرى ويمكن لهؤلاء أخذ دور طويل بدون انقطاع ولكن المرضى المعرضين لنوبات النقرس الحادة يجب أن يتناولوا العلاج بحذر . والسكنى فى مصر وصفة ناجعة فى التهاب المفاصل الشبيه بالروماتزم Rheumatoid كعلاج طقس . وغالب الحالات تستفيد كثيرا . و بعض الحالات لا تستفيد فى الطقس الحار مطلقا وان كان جافا ، وتتحسن أكثر فى مصحات الالب كالانجرين Engadine ويمكن معرفة ذلك من تاريخ الحالة فاذا كان المريض يتأثر بالبرد أكثر و يكرهه فيجب عليه أن يختار طقسا حارا ليشتى فيه . وتتحسن أيضا حالات النزلات الشعبية المزمنة والتمددات الرئوية والزكامات المزمنة وخصوصا من النوع التضخمى فيسكن السعال وتجف الافرازات الزائدة . وتحتاج البنات المصابات بفقر الدم الى

علاج طويل خفيف حينما يقوين ويسترحن ويتلون كالبرنز . وكذلك تستفيد الحالات المبتدئة فى التهاب الكلى لأن الجلد يزيد افرازه فيخفف الضغط على الكليتين. وتتحسن كذلك حالات زيادة ضغط الدم الأولية اذا أعطيت الزمن الكافى .أما المرضى بالنورستانيا فيتحسنون كثيرا بالعلاج الشمسى والراحة والسكون ويجب أن يزال كل مكمن للتقيح فى الأسنان أو اللوز او الكهوف الأنفية قبل ابتداء الرحلة



مرضى يأخذون حماماتهم الشمسية فوق لوكاندة الاقصر الجديدة

ويجب على قاصدى الاقصر للعلاج الشمسى أن يحجزوا غرفاً ببلكونات فى الجهة الشرقية القبلية ويجب أن يصلوا اذا أمكن فى الايام الاولى من ديسمبر وأن يستعدوا للعودة فى أواخر فبراير حيث قد تزيد حرارة الجو فى مارس وتغص الفنادق بالسياح

حالة انيوزرم عظيم بالاورطه

عرضها الدكتور محمد ابراهيم

امام الجمعية الطبية المصرية

سادتى وزملائى الافاضل

أتشرف بأن أعرض على حضراتكم حالة غريبة لأنيوزرم عظيم بالأورطة الصاعدة (Ascending Aorta)

ليس مرض الانيوزرم نادر الحصول فقد عثرنا فى الاشهر الاخيرة بالمستشفى على عدد ليس بالقليل منه وأذكر أننى عرضت على حضراتكم فى العام الماضى حالتين ، ولكن موضع الغرابة فى هذه الحالة هو عدم وجود أعراض تذكر رغم ضخامة الانيوزرم واختراقه لحائط الصدر فالمريض كما ترون حضراتكم متمتع بصحة جيدة ولا يشكو الا من سعال خفيف ومن ورم بسيط فى مقدم الصدر . حضر المستشفى منذ سبعة شهور تقريبا (٨ مايو سنة ١٩٢٦) وكان يشكو من وجود ذلك الورم ويريد أخذ دواء يزيله وقد حاولنا اقناعه فى ذلك الحين ليدخل المستشفى فرفض بتاتا لأنه كما قال ليس به ما يستدعى بقاءه الا أننا تمكنا من أخذ صورة للصدر بالاشعة سأعرضها على حضراتكم وكان الورم حينئذ صغيرا ومرتفعا قليلا عن سطح الجسم الا أن القرع أثبت وجود صمم فى مساحة أوسع ولم نستطع أن نكون رأيا صحيحا عن حقيقة الحالة فالبعض قال أنها أنيوزرم وبعضنا زعم أنها سار كوماً نابض (Pulsating Sarcome) وأخيرا حضر المريض للمستشفى منذ شهر يشكو من نفس الورم ومن سعال خفيف وقد اقنعناه بضرورة بقائه فى المستشفى فقبل

<u>وصف الحالة</u> : المريض محمد صالح الشامى يبلغ من العمر خمسين سنة . يوجد فى مقدم صدره ورم فى حجم البيضه الى يمين القص مباشرة وشاغل المسافة بين

غضروفى الضلعين الثالث والخامس وهذا الورم نابض (Pulsating) ينفتخ وينكمش مع انقباضات القلب ولا يشك من يلمسه فى أنه انيوزرم. وهو أصم للقرع (dull on percussion) ويسمع فوقه بوضوح صوتا القلب، ويمتد الصمم (dulness)فوق هذا الورم شاغلا مساحة كبيرة من الصدر خصوصا فى الجهة اليمنى حيث لا يسمع فيها أيضا النفخ التنفسى وخلاف ذلك لا يوجد بالقلب والرئتين ما يستحق الذكر الا ارتفاع فى الصوت الأورطى الثانى (Accentuated 2nd ortic) وتغير القلب فى موضعه الطبيعى . الحدقتان طبيعتان. الضغط الدموى يختلف قليلا فى الجهتين فهو فى اليمنى ١٥٠و٩٠ وفى اليسرى ١٤٠و ٩٠ وتفاعل وزرمان ايجابى شديد (Strongly positive)

التشخيص . لاجدال فى أن الورم الظاهر أنيوزرم فهو ينبض نبضات تمددية وانتظام شكله وصلابته (Firmness) لا تجعل هناك مجالا للشك فى طبيعته الا أن موضعه الغريب أوجد صعوبة وارتباكا فى تعرف هل هو متصل بالقلب مباشرة أو خارج من الشريان الثديى الموجود بهذه الجهة أو متصل بالأورطا فى مبدئها ولكن الاشعة كشفت حقيقة الحالة نوعا اذ أورت أن القلب مدفوع بكليته الى أسفل بحيث أن حافته العليا واقعة خلف الضلع الرابع وان الورم فى مستوى جذر الأورطا كذلك أظهرت الاشعة ان الورم الموجود داخل الصدر منتظم الشكل جدا الا أنه غير نابض (Nonpulsating) ولا يشك من يطلع على الصورة فى أنه انيوزرم ويمكن تفسير عدم نبضه بوجود طبقة سميكة من الجلط الدموية أو تكلس حائطه

بقيت نقطة غامضة وهى أنه كيف أن هذا الانيوزرم مع فداحة حجمه وقربه من الصمام الأورطى ومن أصول الشرايين العظيمة لم يحدث أى تأثير عليها فهل لأحد من حضرات الزملاء الأفاضل رأى فى الحالة خلاف ما ذكرت.

نتيجة دبلوم الطب (يناير سنة ١٩٢٧)

نال دبلوم الطب الدكاترة الافندية الآتية اسماؤهم بحسب ترتيب نجاحهم :

١ أحمد السيد عمار
٢ حسنى حمزة ابراهيم
٣ احمد زكى على عشماوى
٤ أحمد فهمى رجب
٥ أحمد توفيق
٦ محمد حامد القوصي
٧ فؤاد ويصا
٨ صبحى عبد الملك
٩ محمد أمين خيال
١٠ نصحى توماس
١١ محمد عبد المنعم خالد
١٢ بطرس مقار
١٣ سامى مقار
١٤ كامل صادق
١٥ ابراهيم فرج
١٦ اخنوخ ابسخيرون
١٧ جرجس عبد المسيح
١٨ محمود عثمان زناتى
١٩ جورجى قسطنطين
٢٠ حسن أحمد مدكور
٢١ احمد محمود البطراوى
٢٢ يوسف برسوم البوشى
٢٣ فوزى يوسف
٢٤ زكى فرج
٢٥ يونان سمعان
٢٦ رشدى موسى اسماعيل
٢٧ احمد محمد كرم
٢٨ انطون بشاره
٢٩ حسين يسرى
٣٠ محمد عبد العزيز شكرى
٣١ عباس حلمى نعمان
٣٢ مصطفى هاشم
٣٣ حبيب ابراهيم سعد
٣٤ كامل عبد المسيح
٣٥ عبد المسيح جبران
٣٦ عزيز ميخائيل
٣٧ محمد عفيفى محمد
٣٨ وديع جبره
٣٩ صبحى عزيز عبد الملك

فالمجلة الطبية المصرية تهنئهم جميعا وتتمنى لهم مستقبلا حسنا وللبلاد على أيديهم تقدما ونجاحا

محضر الجلسة العلمية السابعة والسبعين
للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة ٧ من مساء الأربعاء ٥ يناير سنة ١٩٢٧ بقاعة الفيسيولوجيا بكلية الطب برئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور على ابراهيم بك وبعد تناول الشاى والحلوى افتتح حضرة الرئيس الجلسة داعيا حضرة الدكتور محمد سعيد نبيه لالقاء محاضرته عن (تفهم نتائج الفحص البكتريولوجى) وبعد الانتهاء منها قام الدكتور محمد خليل وشكر المحاضر على المحاضرة القيمة لا سيما على اللغة العربية الفصحى والدقة فى درس تفصيلات الموضوع الا أنه لاحظ أن المحاضر تكلم عن الاميبا ونعتها بأنها أحد الميكروبات وهذا لا يتفق مع الدقة التى اختص بها باقى اجزاء المقالة ـ وقد ذكر ايضاً تقسيمها الى أميبا تتراجينا وعادية وهذا تقسيم لايعتمد عليه الآن. وذكر أيضاً أن تشخيص عدوى الأميبا يجب أن يعتبر بحق من أدق التشخيصات واصعبها بلا مبالغة

ثم قام الدكتور أحمد محمد كمال وانتقد عدم وجود اطباء معامل الصحة فى هذه المحاضرة الا ثلاثة وذكر أنه لايدعى انه بكتريولوجياً ولكنه مارس البكتريولوجيا ثلاثة أشهر فى معامل الصحة وعنده نقدان أولهما ـ أنه رغما عن تأكد المحاضرين فى البكتريولوجيا أن تشخيص التيفوئيد بتفاعل ڤيدال لايمكن الاعتماد عليه فى الاسبوع الأول من المرض فلاتزال تعليمات المصلحة الى أطبائها تؤكد عليهم بأرسال عينات ڤيدال حالما يشتبه فى المرض والواجب على أطباء البكتريولوجيا تعديل ذلك

وثانياً أنه لاحظ أن البكتريولوجيين للمعامل الصحية لاينتقون مستعمرات الدفتيريا المشتبه فيها ولكنهم يخلطون جميع المستعمرات بعضها ببعض ويفحصونها على شريحة الزجاج ولو أنهم اتبعوا الطريقة الاولى لازدادت نسبة العينات فى الايجاب .

عندئذ قام الدكتور قصيرى وقال بمناسبة ذكر الدكتور كمال عن الطريقة المتبعة فى

فحص الدفتيريا فهذه ليست الطريقة المتبعة بمعامل الصحة ولو أنها ليست طريقة مخطئة وهى متبعة فى كثير من المعامل فى انجلترا وفرنسا وأما طلب الدكتور كمال انتقاء المستعمرات الشبيهة بالدفتيريا دون غيرها للفحص فذلك كلام نظرى إذ لا يمكن بعد مرور ١٢ ساعة من زرع العينة تمييز مستعمرات الدفتيريا من غيرها ويلزم فى تشخيص الدفتيريا السرعة فى الاجابة ، والطريقة المتبعة فى معامل الصحة هى أن يوضع الغطاء الزجاجى على المزرعة فتلتصق به عدة مستعمرات متنوعة تفحص جميعها.

وذكر حضرته عن مسألة هامة أغفلها المحاضر وهى تشخيص الدفتريا من ميكروب زيروزس Zirozis فى الحالات المتشبهة بدفتيريا الاعين لانهما يتشابهان جداً .

ثم قام الدكتور عثمان البنهاوى وقال أن رأى الدكتور كمال فى تغيير التعليمات بأخذ عينات القيدال حين الاشتباه فى المرض لايمكن العمل به فى مصر لان قليلا من المرضى من يصدقون الطبيب فى تقريرهم تاريخ مبدأ المرض واذا اتبعنا أقوالهم لخسرنا حالات كثيرة يمكن تشخيصها بهذه الطريقة فى مبدئها ولذلك فتعليمات مصلحة الصحة بهذا الشأن هى تعليمات عملية ناجعة للاوساط هنا

ثم قام حضرة الدكتور صبحى بك وقال أن الدكتور قصيرى قد استدرجه للكلام بتعريضه بذكر الدفتيريا فى العيون وتشخيصها من ميكروب زيروزس الذى يوجد بكثير من العيون الملتهبة وقد ذكر أن معامل الصحة عند اشتباهها فى العينة المرسلة لها بعد الزرع لمدة ١٢ ساعة ترسل النتيجة ايجابية ولكنها تحتاط لنفسها بذكر أنها ايجابية لميكروب شبيه فى الشكل لميكروب الدفتيريا ولذلك فكثير من الالتهابات الغشائية بالعين التى ترسل للاشتباه فى الدفتيريا ربما تصل النتيجة فيها بهذه الكيفية فيرسل المريض لمستشفى الحميات ويهمل الميكروب الاصلى المسبب للمرض وفى الغالب يكون ميكروب السيلان ولذلك يرى حضرته أنه يتحتم على الرمدى أن يفحص مسحة من العين قبل ارسالها للفحص عن الدفتيريا واذا

دعا الامر الى ارسال عينة الدفتيريا فيطلب من المعمل استمرار فحص الميكروب حتى يتبين نهائياً اذا كان دفتيريا من عدمه وألا ترسل النتيجة لمجرد الاشتباه وذلك بالحقن فى الحيوانات التجريبية وفى هذه الحالة تظهر كثير من تلك العينات أنها سلبية

ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة والنصف مساء

السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

انسولين «تابلويد»

هيبودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقي طاهر)

TRADE MARK ‘TABLOID’ BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الانسولين الانكليزي الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقي الذي حصل من التجارب العديدة التدريجية التي اجريت بالانسولين بمعرفة برروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحلول بتحليله في الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اي صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اي الورق المقوى تحتوي على ١٠ تابلويدات في انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا في ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

انسولين «ولكم»

TRADE MARK ‘WELLCOME’ BRAND INSULIN

وهو نقي طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره في البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار في ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوي على معلومات اكلينيكية طبية وملاحظات لجنية وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

برروز ولكم وشركاؤهم

في لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 144

SYNERGIE NOUVELLE

REGULATRICE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE
ET DE SES CONSÉQUENCES

عدم تكافؤ الاوردة و نتائجها



PROVEINASE MIDY

COMPRIMÉS

أقراص بروفيناس ميدى

2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

المقدار من ٢ — ٦ أقراص فى اليوم

دواعى الاستعمال

ارتخاء جدران الأوردة — الدوالى — الجروح الوريدية — البواسير — التهاب الأوردة — أوزيما وريدية — تصلب الأوردة — الحالات الاحتقانية المتنوعة: — احتقان الكبد — احتقان البروستاتا — احتقان الرحم والمبيض — الضعف — الاضطرابات الناشئة عن سن اليأس والمراهقة

الوكيل العام بالقطر المصرى
المسيو فيكتور ماتيه بالاسكندرية

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبية المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطىء راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثابة عمل رابح . وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	الصفحة الكاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

La Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répandue dans tous les pays où cette angue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne peuvent par conséquent que profiter à ceux qui en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue	A la fin de la Revue
	L.E.	L.E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Egyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Advertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L.E.	30	20	12	10
Back Section. L.E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة زينب — بمصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد الثالث — مارس ١٩٢٧ MARCH 1927 — السنة العاشرة

الفهرس

الاشتراكات : ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م . الاعتماد — ١٠٠٠ — ٢٧

الاشتراكات المتأخرة

ترجو ادارة المجلة من حضرات المشتركين الذين لم يسددوا اشتراكاتهم عن السنة الجديدة بعد أن يتفضلوا بارسالها فى أقرب فرصة حتى لا تضطر لمنع ارسال المجلة ؟

An ENGLISH-ARABIC DICTIONARY
of Medicine, Biology and the Allied Sciences.

قاموس انجليزى عربى

فى العلوم الطبية والطبيعية

طبع بالمطبعة الاميرية :

معجم للاصطلاحات والمفردات المستعملة فى الطب ، التشريح . علم وظائف الاعضاء . الجراحة . القبالة . المادة الطبية . أمراض النساء . الاطفال . العيون . الاعصاب . الجلد . الطب الشرعى . علوم النبات . الحيوان . الكيمياء . الطبيعة . الكهرباء . علم حفظ الصحة . الصيدلة . الخ

يطلب من المؤلف : الدكتور محمد شرف
عضو كلية الجراحين الملكية بانجلترا ومجاز الطب من كلية الاطباء الملكية بلندن وجراح بمستشفى الملك

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى سنتها عشرة شهور

العدد الثالث | مارس سنة ١٩٢٧ | السنة العاشرة

علاج الزهرى بالملاريا

محاضرة ألقاها

الدكتور على عطيه نجم

الاخصائى فى الأمراض الجلدية والزهرية ببلدية الاسكندرية

فى الجمعية الطبية المصرية باسكندرية مساء الاربعاء ٢٩ ديسمبر سنة ١٩٢٦

حضرة الرئيس وحضرات الزملاء

يسرنى أن تتاح لى هـذه الفرصة السعيدة لادلى لحضراتكم بما وصل اليه بحثى فى هذا الموضوع الحديث والعلاج الخطير الذى خطا بعلم الزهرى خطوات جريئة واسعة المدى ربما كانت من أوسع الخطوات التى خطاها العلم فى أية ناحية من نواحى الطب فى مختلف فروعه والذى سيكون له شأن بعيد وشأو كبير فى المستقبل القريب وكفى بخطورته أن يجعل الزهرى مرضاً قابلا للشفاء التـام قالباً بذلك التعاليم القديمة التى قالت بعـدم امكان شفاء الزهرى وعدم امكان حصول عدوى جديدة وكفى بأهميتـه أن يقى المصابين بالزهرى شر الأمراض العصبية الحديثة وأن يجعل الشلل والتابز (النحول) وغيرهما فى خبر كان . وقد استرشدت فى

بحثى هذا بما ناظرته بنفسى فى (كلينك فنجر) بڤينا سنة ١٩٢٥ وما سمعته ودرسته فى محاضرات خاصة تلقيتها عن المرحوم البروفسور « Kyrle » نفسه مدخل هذا النوع العلاجى فى دائرة علاج الزهرى ثم ما راجعته من أعداد مجلة الـCentral Blatt الخاصة بالامراض الجلدية والزهرية عن سنة ١٩٢٤ و سنة ١٩٢٥ و سنة ١٩٢٦ ومن العدد نمرة ٣٨ لسنة ١٩٢٦ من مجلة Wiener Klinische الذى يحوى مقالا لـ Hof Finger وعن كتاب Gerstmann طبعة سنة ١٩٢٥ (عن علاج الشلل المتقدم بالملاريا) وأيضاً عن كتاب Prof Kyrle طبعة سنة ١٩٢٤ (عن الحديث فى باثولوجية وعلاج الزهرى)

حضرات الزملاء

ابتدأ قدماء الزهريين فى علاج الزهرى كما كان يعالج الأطباء حين ذاك أى مرض طارئ آخر بما نسميه علاج الأعراض فاقتصروا فى أول الأمر على علاج المظاهر الزهرية الثانوية وكانوا لا يبدأون العلاج الا اذا ظهرت هذه الاعراض أكلينيكيا وذلك لأسباب شتى منها عدم تأكدهم من التشخيص لعدم وجود الاداة اللازمة فى ذاك الوقت ومنها أن العلاج كان لا يمنع حينذاك ظهور الاعراض الثانوية واعتقادهم أن التداخل بالعلاج ربما أضر بقوة الجسم الدفاعية وغير سير المرض الى وجهة غير عادية . . . الخ وكانوا يستعملون لاخفاء هذه المظاهر الاكلينيكية الزئبق واليودور حتى اذا اختفى الطفح والمظاهر الاخرى أبطل العلاج واعتبر أن المريض قد شفى فكانت النتائج حسنة ومرضية لهم من وجهة نظرهم من حيث اختفاء الطفح والعلامات الاخرى ولكن لوحظ بعد ذلك ان هذا العلاج لا يكفى لمنع الاعراض الثانوية المتأخرة والاعراض الثلاثية كالاورام الصمغية فى الجلد والغشاء المخاطى والعظام فلما أيقنوا من ذلك أدخلوا

نظام العلاج المزمن المتقطع بالزئبق واليدور فكانوا لا يكتفون بعلاج الاعراض وشفائها ولكنهم كانوا يستمرون على علاج المريض لبضع سنين وغرضهم من ذلك منع ظهور العوارض الزهرية الثانوية المتأخرة والاورام الصمغية فى الجلد والغشاء والعظام فكانت النتيجة من هذه الوجهة مرضية جداً حيث أنزلت نسبة ظهور هذه الاعراض المتأخرة من ٧٥ ٪ الى ٩ ٪ حتى ٦ ٪

وفى سنة ١٩٠٥ اكتشف Schaudinn جرثومة الزهرى وفى سنة ١٩٠٦ استحدث (Wassermann) طريقته المسماة باسمه لفحص الدم للتثبت من وجود مرض الزهرى وباكتشاف جرثومة الزهرى وتفاعل ڤازرمان صار معروفاً أن الشلل والتابز (النحول) وغيرها كلها أمراض ناتجة عن اصابة الجهاز العصبى المركزى بالزهرى وأن السبب فى احداثها يعود الى جرثومة الزهرى ووضحت وضوحاً تاماً علاقة هذه الامراض العصبية الخبيثة بالزهرى كما أثبت ذلك أولا Nougouchi وغيره من العلماء وخصوصا (Jaknel) بفحص الدم والسائل بعد ذلك لتفاعل ڤازرمان واثبات ايجابيته فى كل منهما والعثور على اللولبيات الزهرية فى المخ والجهاز العصبى المركزى ثم احداث الزهرى فى بعض الحيوانات بحقن السائل النخاعى المأخوذ من المشلولين وكذلك خلاصة مخ المريض بهذه الامراض فكان من جراء ذلك ابقاء علاج هذه الامراض أيضاً بعلاج الزهرى الذى كان معمولا به فى ذاك الوقت أى بالعلاح المزمن المتقطع بالزيبق واليودور فلما جاءت سنة ١٩٠٩ واستكشف (Paul Ehrlich) السلفرسان أضيف هذا الاستكشاف العظيم الى علاج الزهرى وصار العلاج المزمن المتقطع يعمل بالزيبق واليودور والسلفرسان أيضاً

ولا يخفى على حضراتكم أن كشف السلفرسان قد صحبته ضجة هائلة وعلت أصوات كثيرة مدعية أن شوطا واحدا بل لقد غالى بعضهم فى قيمته

وادعى أن حقنة واحدة كافيـة لشفاء الزهرى ولكن بعد أن انقشع هذا الغبـار وخفتت تلك الاصوات وصفا الجو وجاء دور النتائج الملموسة اتضح أنه لا حقنة واحدة ولا شوطا واحداً بل ولا جمـلة أشواط قادرة على منع ظهور الشلل والتابز (النحول) أو مستطيعة شفاءها وهى التى كانت قد عرفت علاقتها المتينة بالزهرى وعولجت بعلاجه المزمن المتقطع بالسلفرسان والزيبق واليودور ومع أن هذا العلاج قد نجح بعض النجاح فى الامراض العصبية ولكن ظهر أنه كان نجاحاً وقتياً وعرضياً ولم يمنع ظهور الشلل والتابز ولم يشفيهما . نعم ان اضافة السلفرسان قد أتت بنتائج حسـنة جداً فهو قادر على شفاء الدور الاول من الزهرى شفاء تاماً وهو قادر على اخفاء الطفح والاعراض الثانوية وتحويل نتائج الفازرمان فى الدم وفى السائل فى نسـبة عظيمة جدا الى سالبية وفى الدور الثـانى فهو يقلل الى أصغر حد ظهور الاعراض الثلاثيـة كالاورام الصمغية فى الجلد والغشاء والعظام ولكن مع ذلك تبقى هناك بعض حالات تستمر موجبة التفاعل فى الدم وفى السائل مهما أعطيت من كميات السلفرسان ومهما عولجت من أشواط جامعة للسلفرسان والزيبق واليودور ، عندئذ فكر البعض فى استكشاف أدوية جديدة فى الحلقة الزرنيخية لعلهـا تكون أقوى مفعولا من السلفرسان فاستحدث : الصـديوم سلفرسان والسلفرسان الفضى و (sulfoxylate) وكذلك اسـتحدثت أدوية من نوع آخر كالبزموت والميريون ولكن نتائجها كلها لم تفق بتـاتاً نتائج السلفرسان ففكر البعض فى حقن السلفرسان أو ما تشابهـه فى الشرايين نفسها كما نقـل (Knauer) لعله بذلك يقرب تأثير السلفرسان من المخ والجهاز العصبى فلم يكن لذلك فائدة فاجتهد البعض الآخر فى حقن العلاج مباشرة تحت العنكبوتية (Subarachnoid) أو فى القناة النخاعية الشوكية وغالى بعضهم فأدخل العلاج داخل الجمجمة تحت السحايا أو داخل الاحواض المخيـة ال (Cisterns) أو

داخل البطين المخى واستعمل بعضهم المصل المعالج أولا بالسلفرسان كما فعل (Swift Ellis) فى أمريكا أو حقن السلفرسان مباشرة بكميات صغيرة فى العامود الفقرى على طريقة (Gennerisch) فى ألمانيا ولا بأس من ذكر بعض أسماء هؤلاء المتفننين فى هذه الطرق فمنهم

Wechselmann, Morinesco, Roberston, Förster, Stewart-Purves, Lafora, Byrnes — وغيرهم

وغرضهم من ذلك تقريب أو خلط السلفرسان بالجرثومة الزهرية لعلهم بذلك يزيدون من تأثير السلفرسان ويقدمون أكبر عدد ممكن من اللولبيات الزهرية ولكن ظهر بعد ذلك أن التفنن فى استعمال هذه الطرق المتعددة والخطيرة فى بعض الاحيان لم يثمر الثمرة المطلوبة ولم يفق مطلقاً فى نتائجه الطرق المستعملة قديماً كالتدليك والحقن بين العضلات أو داخل الاوردة

عندئذ فكر علماء الزهرى الحاليون واستعرضوا أمامهم خطوة لخطوة كيفية سير المرض وكيفية دخول الجرثومة وتكاثرها أولا فى الجهاز الليمفاوى ثم فى الجهاز الدموى ومن ذلك الى الانسجة ثم تكاثرها وتوالدها فى الانسجة ثم تعشيشها فيها وتركزها بداخلها حينما تكون البقعة مناسبة لها وخصبة لمرعاها ثم اختفائها بتلك الواسطة وانزوائها بعيداً عن تأثير العلاج ثم قالوا أننا أعطينا السلفرسان فى الدور الاول للزهرى عند ما تكون الجرثومة الزهرية مهما كان عددها مكشوفة له فى جو صالح للقتال وقبل أن تتمكن من التوكير والتعشيش داخل الانسجة وقبل أن تحمى نفسها فيها فان السلفرسان قادر على محوها واعدامها من أولها لآخرها هى وما ينتج عنها وشفاء المريض من آفتها شفاء تاماً أكيداً مدلولا عليه فضلا عن الابحاث المختلفة اكلينيكية و بيولوجية باستعداد المريض لعدوى جديدة وظهور قرحة صلبة جديدة وقالوا اننا اذا بذلنا الجهد — بعد التجارب

التى عملت بالادوية الجديدة — فى استكشاف دواء جديد آخر غير السالفرسان سواء أكان أقوى تأثيراً وأكثر منه مفعولا على اللولبيات الزهرية فستكون النتيجة فى النهاية واحدة وسيكون المجهود ضائعاً فالاولى أن يوجه المجهود لجهة أخرى هى طبيعة البقعة التى تحتلها الجرثومة الزهرية وتعشش فيها فلننظر فى تغيير الصلة التى تربط الجرثومة بالانسجة ولنجتهد فى جعل هـذه البقعة غير ملائمة لوجود هذه الجرثومة فيها فاذا نجحنا فى ذلك وأخرجنا الجرثومة من الانسجة واضطررناها لأن تهجر أوكارها فأصبحت مكشوفة فى العراء وسلطنا عليها اسلحتنا العلاجية وصببنا عليها السلفرسان فلا يلبث أن يأتى على آخرها ويعدمها . وراحوا يفكرون فى هذا السبيل الجديد

فلاحظ البعض منهم مثل (فنجر) و(كيرلى) وغيرهم أن حالات الالتهاب الجلدى السلفرسانى (Salvarsan-Dermatitis) مع ما يصحبها من ارتفاع عظيم فى الحمى واستمرار هـذه الحمى لمدة طويلة ومع ما يصحبهـا من انذار سيء اذا شفيت من هذا الالتهـاب الجلدى السالفرسانى تتحسن أيضاً تحسناً عظيماً جداً من جهة الاعراض الزهرية وأن تأثير هذه الحمى يكون حسناً جداً على نتيجة الدم والسائل النخاعى وأن سير الحالة فى المستقبل يكون موجباً لتمام الرضا . وكذلك لاحظ آخرون ومنهم : Finger, Kyrle, Gartner, Kaposi وغيرهم أن كثيراً من حالات الزهرى العاصية والعنيدة على العلاج تتحسن كثيراً اذا أصيبت عرضاً بحمى مرتفعة كما لو أصيبت بالحمى أو التيفوس أو القرمزية أو الالتهاب الرئوى أو الالتهاب الروماتزمى الحاد أو الملاريا

وقبل ذلك وقبل أن نعرف الصلة التى تربط الشلل والتابز بالزهرى كان علماء الأمراض العصبية قد لاحظوا أيضاً تحسناً عظيما فى حالات الشلل و بعض الامراض

العصبية الاخرى اذا أصيبت عرضاً بحمى مرتفعة طويلة الأمد وقد رجع ذلك الى أوائل التاريخ فمثلا . أبقراط وغالينوس قد عرفا أن الحمى تفيد المشلولين كذلك (Sydenham و Perhaave) عرفا تأثير الحمى العرضيـة الحسن على الامراض العصبية وذكر Reil أن Reuss فى سنة ١٧٨٦ قد شفى مجنوناً مكاوباً (Raving Madness) بالجـدرى وترجع أكثر الملاحظات الدالة على ذلك الى منتصف وأواخر القرن الماضى فقـد لاحظ علماء كثيرون منهم Kester سـنة ١٨٤٨ و Leidesdorf سـنة ١٨٥٣ و Schlager سـنة ١٨٨٧ و Nasse سـنة ١٨٦٤ و Rosenbaum سنة ١٨٧٥ و Gauster سنة ١٨٧٩ وغيرهم كثيرون مما لم يتسع المجال لذكرهم جميعاً التأثير الحسن للحمى العرضية على الامراض العصبية ولكن الفضل الأكبر فى ملاحظة ذلك ووضع قواعد للعلاج غير الذاتى باستحداث حمى صناعية للمشلولين والمصابين بالامراض العصبية الأخرى يرجع الى فخر الاطباء الحاليين Wagner Jauriggs استاذ ورئيس قسم الامراض العصبية بجامعة النمسا ففى سنة ١٨٨٧ نشر كتيباً عن ملاحظاته فى التأثير الحسن الذى تخلفه الحمى العرضية على المصابين بالأمراض العصبية وفى سنة ١٨٨٨ — سنة ١٨٨٩ ابتدأ بعلاج أربعة من المصابين بأمراض عصبية مزمنة لا ينتظر فيهـا شفاء بواسطة تطعيمهم بالحمى برفقة الاستاذ Eiselberg ولكن تجربته فشلت لان المرضى لم يصابوا بالحمى واقتصر التأثير على ظهور التهاب موضعى ولـكن الاستاذ (Eiselberg) نفسه نجح بتلقيح مريض بسرطان فى الثدى غير قابل لاجراء عملية بميكروب الحمى الذى لقح منه حالات (ڤاجنر باورج) فأصيبت المريضة بالحمى وماتت منها وظهر بعد ذلك أن عدم اصابة المرضى الاول راجع الى ظهور وباء الحمى قبـل ذلك بالمستشفى الذى أخذوا منه فلما ظهر السبب الى (ڤاجنر باورج) أخذ فى علاج بعض من مرضاه باستحداث حمى صناعية فاستعمل أولا لقاح التيبركلين (Koch Tuberclin)

وحصل على نتائج جيدة منه ونشر ذلك سنة ١٨٩٥ وأخذ بعد ذلك بعض الأطباء الآخرين فى استعماله ومن سنة ١٩٠٥ الى سنة ١٩٠٩ كان العلاج بالتيبركاين هو العلاج العادى (Routine) للمشلولين والمرضى بالتابز (النحول) (بكلينك ڤاجنر باورج) ولا داعى للدخول فى تفصيلات كيفية استعماله ثم أخذ ڤاجنر باورج بعد ذلك هو و بعض العلماء الآخرين باستحداث الحمى الصناعية بوسائط أخرى ومن هذه الوسائط .

(١) ما لا يكون له علاقة بالميكروبات مثل استعمال محلول نيوكليبات الصودا ١٠ ٪ واستعمال الـ Phlogetan الذى يحتوى على بعض مواد زلالية وكذلك بعض المواد الزلالية الاخرى

(٢) ومنها ماله علاقة بالميكروبات الميتة كحقن Tuberclin ولقاح التيفودية ولقاح العنقودية Staphylococcus

(٣) وأخيراً استحداث الحمى الصناعية بواسطة حقن الجرثومة الحية كحقن الملاريا والحمى الراجعة

وقد صار استحداث الحمى الصناعية بواسطة الملاريا هو الاكثر شيوعاً الآن والأقل خطراً من غيره مع ما يعطيه من النتائج الحسنة جداً ويرجع الفضل فى اكتشافه الى (ڤاجنر باورج) فقد كان هو أول من أدخل الملاريا فى علاج المشلولين وذلك فى صيف سنة ١٩١٧ حيث قام بتلقيح ٩ حالات من حالات الشلل المتقدم بملاريا حميدة ثلاثية مأخوذة من حلة ثبت تشخيصها اكلينيكياً وميكروسكوبياً ومن هذه التسع حالات عمل تطعيم Scarification فى حالتين والباقى عمل لكل منها حقنة تحوى جراما من الدم المحمل بالجراثيم Plasmodiuon vivax تحت جلد الظهر ثم أوقف العلاج حتى يمر الوقت الكافى لمعرفة مصير هذه الحالات وما يؤول اليه أمرها فواحدة ماتت قبل اتمام العلاج بأسباب تشنجات عصبية

وحالتان لم تتأثرا مطلقاً بالعلاج وثلاث حالات شفيت تمام الشفاء وعادوا لاعمالهم وعاد اليهم نشاطهم ولا يزالون فى أعمالهم حتى يومنا هذا وباقى الحالات تحسنت تحسناً عظيما أو بقيت ثابتة أى لم تزد سوءاً (Stationory)

فلما مضى الوقت الكافى وتحقق ڤاجنر باورج من النجاح استأنف علاجه بالملاريا فى شتاء سنة ١٩١٨ ولكن حدث أمر يؤسف له اذ لم يكن فى ذلك الحين فى مستشفاه حالة ملاريا فطلب من رئيس أحد المستشفيات العسكرية حيث كان موجوداً بها كثير من حالات الملاريا التى أصيب بها العسكر من الشرق فى ذلك الوقت أن يرسل اليه بدم من حالة ملاريا حميدة ثلاثية بعد أن أفهمه باحتياجه لذلك لحقن بعض حالات الشلل فارسلت العينة ولقح منها حالة شلل ولقح من تلك ثلاث حالات أخرى ولكن ظهر بكل أسف أن الدم لم يكن من حالة ملاريا ثلاثية بل كان حاملا لجرثومة الملاريا الخبيثة (Pl. Falci-povum) فلما أن لوحظ ذلك فى عيادة ڤاجنر باورج بعد ثالث نوبة فى أمر الملقحين وظهر ذلك جلياً بالفحص الميكروسكوبى حيث وجد أن عدد البلازموديا أصبح أكثر من ضعفى عدد الكريات الحمراء التى نقصت كثيراً جداً فضلا عن زوال الكريات البيضاء تقريباً بودر باعطاء الكينين بالفم وداخل الوريد ولكن ذلك لم يثمر ومات المريض بعد ٣١ يوما ثم سورع أيضاً باعطاء الحالة الثانية والثالثة الكينين والنيوسلفرسان قبل حصول نوبات فيها ولكن كلا المريضين توفى بعد ٢٤ و ٣٩ يوما من التلقيح باسباب حصول خراجات متقيحة فى أجزاء كثيرة من الجسم أما الحالة الرابعة فقد كانت برهاناً ساطعاً على شدة عناد الملاريا الخبيثة وتأثرها القليل بالعلاج فقد أعطيت لها كميات كبيرة من الكينين ٣ جم فى اليوم ومقداراً كبيراً من النيوسلفرسان بعد حصول نوبتين ومع ذلك لم يتمكنوا من درء الخطر عنها الا بعد ٤٥ يوماً من العلاج وقد ذكرت هذه الاحوال بالتفصيل ليبقى حاضراً فى الذهن كما لا يخفى

على حضراتكم الفرق العظيم بين الملاريا الثلاثية والملاريا الخبيثة من حيث العلاج بالكينين ومن حيث الخطر على المريض وضرورة التأكد تأكداً جازماً اكلينيكياً وميكروسكوبياً من أن الملقح يكون مصاباً بحمى ملاريا ثلاثية حميدة — وفى سبتمبر سنة ١٩١٩ نجح (بروفسور Doerr) فى العثور على الحالة المطلوبة حيث ابتدأ ڤاجنر باورج فى استعمال دمها لتلقيح حالات أخرى من حالات الشلل وأخذ عنه طريقته واستعملها بتوسع فى مستشفى الامراض العقلية الكبير فى همبرج Nonne, & Weggandt حيث أخذ النجاح بعضه البعض

ولما كانت طريقة التلقيح والعلاج بالملاريا خالية من كل خطر للحالات التى تتوفر فيها شروط العلاج كما ذكر ڤاجنر باورج فى مقدمته لكتاب (Gerstmann) ولما كان قد ثبت أن الكينين ذو تأثير قاطع على الملاريا الملقحة (الصناعية) بخلاف الملاريا الطبيعية ولما كان أيضاً ڤاجنر باورج قد أثبت بعد ذلك أمام المؤتمر الطبى الذى انعقد فى Insbruck سنة ١٩٢٤ (Naturforcherversam-mlung) ان من خصائص هذه الملاريا الصناعية أنها غير قابلة لانتقال العدوى بواسطة البعوض الأرقط الاجنحة (Anopheles-Maculipennis) متى كانت قديمة نوعاً واذاً فهى ليست خطراً على من هم حول المريض أثناء العلاج — ولما كانت النتائج التى أعطتها قد فاقت بمراحل نتائج أى علاج آخر فلكل هذه الاسباب قد أخذ استعمال الملاريا فى علاج المشلولين والمصابين بالامراض العصبية الناتجة عن الزهرى أيضاً كما سيأتى ذكره حالا فى الانتشار ولم يقتصر استعمال هذه الطريقة على الممالك المتوسطة (النمسا وألمانيا) التى نبتت فيها بل أخذ استعمالها يعم البلدان والممالك الاخرى

فلما رأى الاستاذ (Kyrle) ذلك النجاح الذى وصل اليه ڤاجنر باورج فى

علاج المشلولين ومرض التابز(النحول) وغيرهما من الامراض الزهرية المتأخرة وثبت أنه كلما كان العلاج مبكراً كان النجاح أكبر والامل أعظم فى استئصال شأفة هذه الامراض العصبية المتأخرة لاحت له الفرصة التى طالما تركها و بدت أمامه شاخصة الملاحظات التى سبق وشاهدها فى التأثير الحسن الذى يكون للحمى العارضة على مرض الزهرى وخصوصا مع الحالات العنيدة والعاصية منها على العلاج الاعتيادى وقال اذا كان العلاج بالملاريا يحدث هذا التأثير الحسن والنجاح فى المشلولين والمصابين بزهرى الجهاز العصبى الذى يكون قد تم فيه كثير من التلف والعطب واذا كان العلاج يكون أنجع كلما استعمل مبكراً فى الحالات الزهرية العصبية فأولى به ثم أولى أن يكون أتم نجاحاً وأبعد تأثيراً اذا استعمل فى علاج الزهرى الذى لم يحصل فيه بعد هذا التلف وهذا العطب وقال اننا مضينا الوقت نبحث عن علاج ذى تأثير مع طبيعة البقعة التى تنزل فيها جرثومة الزهرى وتتركز فى داخلها فهذه الحمى الصناعية بما يصحبها من ارتفاع فى الحرارة وهى علاجنا الناجع الذى يغير من طبيعة البقعة والانسجة فيحدث فيها ثورة تجعل طبيعة المرعى غير صالحة لنبات الجرثومة الزهرية فيها و بقائها وهى تضر بالحلقة التى تربط الانسجة باللولبيات فينتج عنها أن تهيج اللولبيات من أوكارها وتخرج الى العراء غير محمية حيث يمكن اعدامها بالسالفرسان وها هو ما نبحث عنه من زمان بعيد . فلما لاحت له تلك الفرصة انتهزها وأخذ بكل قوته يدخل الملاريا شيئاً فشيئاً ضمن علاج الزهرى

وطريقة الاستاذ Kyrle فى العلاج بالملاريا هى كما يأتى :

١ — تؤخذ الاحتياطات العادية التى تأخذ فى حقن السالفرسان الحاد يفحص القلب والبول للتأكد من سلامتهما و يفحص الجسم للتحقق من عدم وجود موانع للعلاج كما سيأتى ذكره فيما بعد

٢ — يعطى المريض مقدار ٣ جم نيوسلفرسان مفرقة على جملة مرات فى مدة أربعة أو خمسة أسابيع

٣ — فى اليوم التالى لاخذ آخر حقنة من النيوسلفرسان يلقح المريض بالملاريا بأن يحقن داخل الوريد بمقدار ٥ الى ١٠ جرام من دم مأخوذ مباشرة من محموم حديثاً بملاريا ثلاثية حميدة أثناء النوبة ولم يكن قد تعالج بعد أى أن التلقيح يكون من شخص الى شخص بدون واسطة

٤ — فتحدث خمس نوبات بدون رعشة بعد يومين وهى نتيجة تفاعل للجسم فقط وليس لها أهمية ثم تبدأ بعد ذلك النوبات الحقيقية للملاريا من خامس الى تاسع يوم وفى المتوسط فى سابع يوم بعد التلقيح فتحدث النوبة كل يومين مرة عادة فيترك وشأنها حتى يتم عددها من ٨ الى ١٠ نوبات ولا يعالج المريض فى أثناء الحمى الا علاج العوارض فقط كعلاج الصداع وألم المعدة مثلا بالمسكنات

٥ — بعد أن تتم النوبات المطلوبة وفى اليوم المنتظر فيه نوبة جديدة تقطع الحمى بأن يحقن المريض داخل الوريد على دفعتين بين كل دفعة والثانية ثمان ساعات بمقدار ٥جم من محلول بيسلفات الكينين ١٠ ./. ويضيف Hof. Finger اليه ٥ ./. من محلول ال Nrethan لعدم احداث أى ألم

٦ — فى اليوم التالى مباشرة يبدأ باعطاء المريض العلاج السلفرسانى كرة أخرى فيحقن داخل الوريد بمقدار ٠٫٣٠ أو ٠٫٤٥ جراما من نيوسلفرسان

٧ — فى اليوم الذى يتلو ذلك تكرر حقنتا الكينين والأريتان كما ذكر فى اليوم الأسبق بالضبط

٨ — ثم يؤخذ بعد ذلك فى تكملة العلاج السلفرسانى بحيث يحصل المريض على ٤ الى ٥ جرام نيوسلفرسان . وقد لوحظ أن المرضى يفقدون كثيراً من وزنهم أثناء الحمى كما يفقدون شهيتهم للطعام فهى علامة تعتبر حسنة لدلالتها على

تأثر الجسم على العموم بالعلاج ولو أنه لا يضر الانسجة ولا أعضاء الجسم المختلفة في شيء ما ولكن لا يلبث المرضى أثناء تعاطي المقدار الثاني من النيوسلفرسان أن يستعيضوا ما فقدوه من الوزن بل ويزيدون ويستعيدون شهيتهم بأكملها ويزول أثر الانيميا والهزال الذي كان قد أصابهم أثناء العلاج بالحمى فتتورد وجناتهم وتنشرح صدورهم ويصبحون في حال غير حالهم الاول

ولوحظ أيضاً أنه مهما أخذ المرضى من النيوسلفرسان بعد الملاريا لا يحصل لاى واحد منهم أى تسمم سالفرسانى أو التهاب جلدى سلفرسانى وذلك في جميع الحالات التي عولجت والتي تقدر بالآلاف حتى الآن وكذلك لم يحدث مطلقاً أى نكسة لحمى الملاريا حتى الآن

وتختلف الملاريا الصناعية المستحدثة بهذه الطريقة أى طريقة التلقيح من شخص الى شخص آخر مباشرة والتي تكون قد مرت من جملة أشخاص وطال عليها الزمن نوعاً من جملة وجوه عن الملاريا الطبيعية

١ — سير الحمى :

من الامور المتفق عليها اجماعياً تقريباً أن سير الملاريا الصناعية يكون حميداً على الدوام

٢ — شكل النوبة وميعادها

تأخذ نوبة الملاريا الصناعية اشكالا متباينة (Polymorphe) ولا تسير على نمط واحد فأحيانا تأتى كل ثانى يوم مرة كما هى الحال في الملاريا الطبيعية وهذا في القليل من الحالات وأحياناً أخرى تبدأ وتنتهى على شكل الملاريا الرباعية أى أنها تأتى يومياً وهنا تكون العدوى مزدوجة (Duplex Malaria) وبين هذين الحدين تأخذ النوبة الكثير من الاشكال وتتذبذب في كثير من التقلبات على

أن المشاهد غالباً هو أن تبدأ النوبة كل ثانى يوم مثلا ثم يأخذ ميقاتها فى النقص بضع ساعات كل مرة حتى اذا قاربت على النوبة الرابعة أو الخامسة تكون قد أخذت شكل الملاريا الرباعية فتأتى يومياً حتى ميعاد قطعها فى عاشر مرة بالكينين وقد فسر ذلك (Doerr & Kirchner) بما وجداه من اختلاف فى شكل الشقائق Schizont بالفحص الميكروسكوبى فى جميع الحالات التى عولجت بالملاريا فى قسم (Wagner Jauriggs) فقد شاهدا أن الشقائق (Schizont) لا يكون متماثلا فى شكله وحجمه فبعضه يكون مستديراً كالعادة و بعضه يأخذ شكل الاميبا والبعض الآخر يأخذ أشكالا غير ناضجة فاختلاف الشقائق (Schizont) بهذه الصفة يرجح وجود اختلاف فى قوة نموه وتباين فى تأثيره على الكريات الحمراء وعدم تساويه فى كفاءته اللاتناسليه وذلك يفسر بسهولة تذبذب النوبات وعدم انتظامها بخلاف الملاريا الطبيعية التى تحصل العدوى فيها بالحيوان البذرى Sporozoite الذى يدخل الى جسم الانسان بواسطة لذع الناموس متساو فى الحجم والشكل وفى النمو وفى قوة تأثيره على الكريات الحمراء . . الخ فينتج عنه انتظام فى ميقات النوبة

٣ — تضخم الطحال والكبد

فى جميع الحالات التى عولجت بالملاريا الصناعية لم يُشاهد تضخم فى الطحال وفى الكبد الا القليل جداً منها وهذا التضخم يكون دائماً بسيطا و يزول تماما بعد قطع الحمى بالكينين وقد ثبت ذلك و بعد اجراء الصفة التشريحية على القليل من المرضى الذين عولجوا بالملاريا وصادفت وفاتهم بعد ذلك حيث لم يوجد أى أثر للتضخم فى الطحال أو الكبد كما لو لم يوجد أى أثر لجرثومة الملاريا وهذا يختلف بالطبع عما نشاهده فى الملاريا الطبيعية

٤ — قلة عدد الجرثومة وضئالة التلوين (Pigment)

بالفحص الميكروسكوبى للحالات التى عولجت بالملاريا الصناعية شوهد أن عدد بلازمود الملاريا Plasmodium قليـل كما لوحظ أن التلوين الذى يصحبها ضئيل بالنسبة لكثرتهما فى الملاريا الطبيعية

٥ — تكوين ال Gametocytes .

من المشاهدات الـكبيرة الاثر والخطيرة النتائج ماشاهده (Dœrr & Kirchner) من ضئالة أو انعدام ال (Gametocytes) فى الملاريا الصناعية بخلاف الملاريا الطبيعية وأن تكوينها يأخذ فى النقصان كلما مرت الملاريا من اشخاص عديدين حتى تتلاشى تماماً بعد المائة مرة وقد جاء فى النشرة التى ذكرا فيها سـنة ١٩٢١ نتائج فحصهما الميكروسكوبى المتكرر لعينـات الدم المأخوذة من المعالجين بالملاريا بعد تحريرها من ٣٣ شخصاً ما ترجمته حرفياً : —

« بالرغم من أننا فحصنا دم كل شخص مراراً وتكراراً سواء أكان بطريقة تركيز النقط (Dicken-Tropfen) أو — Thick Drop — أو بطريقة التلوين بالاصباغ المختلفة فاننا لم نجد ال Gametocytes الا فى حالات قليلة جداً ونادرة وفقط بعد النوبة الثانية أو التاسعة » . وذكرا بعد ذلك أن فحصهما المتكرر لدم المعالجين بعد تمرير الملاريا من مائة شخص لم تُجدِ مطلقـاً فى العثور على أثر ال Gametocytes ووافقهما على تلك النتائج الـكثيرون من البحاثة

وربما كان انقراض ال Gemetocytes مع مضى الزمن ناتجا عن عدم الاستعمال وعدم استطاعتها استحداث الدورة التناسلية التى خلقت لها

٦ — الحساسية للـكينين .

تختلف الملاريا الصناعية عن الملاريا الطبيعية بشـدة حساسية الاولى

للكينين وشفائها بواسطته شفاء تاما فقد شوهد أن مقادير صغيرة جداً من الكينين لا تزيد عن ٢ الى ٣ جرامات تكون كافية تماماً لقطع الملاريا الصناعية قطعاً لا مرد له بخلاف ما نعرفه جميعاً عن الملاريا الطبيعية التى كثيراً ما تأخذ كميات كبيرة من الكينين بدون فائدة تذكر وقد ثبت شدة حساسية الملاريا الصناعية للكينين وشفائها نهائياً بواسطته بالابحاث الميكروسكوبية العديدة التى عملت على الاشخاص المعالجين بالملاريا والكينين فى أزمان متعددة والتى لم يشاهد فى دم أى حالة منها بعد ذلك أى أثر لجرثومة الملاريا

٧ — الانتكاث

وكذلك لم يلاحظ فى أية حالة من الحالات العديدة التى عولجت بالملاريا الصناعية أى انتكاث للحمى على الاطلاق والاتفاق تام فى ذلك بين جميع المعالجين بها وهذا بخلاف ما نعرفه عن كثرة النكثات التى تصيب المرضى بالملاريا الطبيعية ومن الغريب ما ذكره (Mühlens & Kirschbaum) أنهما شاهدا جملة أشخاص عاشوا فى المناطق الحارة وأصيبوا فيها بملاريات انتكثت فيهم جملة مرات وأن هؤلاء الاشخاص بعد استحداث الملاريا الصناعية فيهم للعلاج وقطعها بالكينين لم تعاودهم النكثات القديمة مطلقاً وشفوا شفاء تاما

٨ — الملاريا الصناعية غير قابلة للعدوى بالانوفليس

ومن المشاهدات الكبيرة الأثر والخطيرة النتائج أيضا ما أعلنه (Wagner Jaureggs) فى المؤتمر الطبى المنعقد فى Insbruck فى سبتمبر سنة ١٩٢٤ من أن الملاريا الصناعية بعد تمريرها من جملة أشخاص لا تكون العدوى منها قابلة للانتقال بواسطة بعوض الانوفليس وقد أثبت ذلك (Wagner Jaureggs) ببعض التجارب التى قام بها فى يونيو من السنة نفسها وذلك أنه استحضر من

روما من معهد « Vivaldi » ١٢٠ بعوضة (Anopheles maculipennis) بين ذكر وأنثى وحوفظ عليها فى النقل فوصلت ڤينا سليمة كلها — ثم وضعها فى مكان خاص فى قسم جامعة النمسا وحمى هذا المكان من الخارج بكل السياج الممكنة لعدم نقل العدوى الى الخارج وفى الوقت نفسه جهز المكان من الداخل بكافة الطرق الصناعية ليكون جوه ملائماً تماماً لمعيشة وحياة الناموس وابتدأ بالتثبت من أنها لا تحوى فيها ولا تحمل أى عدوى فلما ثبت له ذلك أخذ منها جزءاً جعله يلدغ على جملة مرات بعض الاشخاص المستحدثة فيهم الملاريا الصناعية ثم ترك لها الوقت الكافى والمتفق عليه لنمو الحيوان Sporozite وحفظ الجزء الباقى من البعوض كضابط فلما مضى الوقت استحضر أشخاصاً آخرين لم يصابوا بملاريا فى حياتهم وسلط عليهم البعوض المفروض فيه أنه حامل للجرثومة على جملة مرات أيضاً وفى أزمان مختلفة وترك هؤلاء الاشخاص تحت الملاحظة حتى يمضى وقت الحضانة الكافى مع استمرار فحص دمهم من حين لآخر للعثور على الجرثومة . ثم أخذ فى فحص البعوض المفروض فيه حمل الجرثومة هستولوجياً وميكروسكوبياً و بواسطة عمل قطاعات تشريحية وتركيز بعضها وصبغ البعض الآخر بالاصباغ المختلفة فلم يعثر مطلقاً على أى أثر للجرثومة أو سلالتها فى البعوض ولما كان الوقت المتفق عليه للحضانة فى الملاريا هو من ٨ — ١٤ يوما فقد ترك الملقحين بالبعوض ٢١ يوما بدون أن يظهر على أحدهم اكلينيكيا أو ميكروسكوبيا أى أثر للملاريا فلما مضى هذا الوقت أخذهم ولقحهم بالملاريا بالطريقة الصناعية المعتادة فأصيبوا جميعاً بالملاريا ووجد دمهم حاملا للبلازمود (Plasmodium) فأثبت بالدليل القاطع أن الملاريا الصناعية بعد تمريرها فى جملة الاشخاص لا تكون العدوى منها ممكنة الانتقال بواسطة الانوفليس ولو أن ذلك له أهمية فى البلدان التى لا يوجد فيها البعوض الا أن لذلك أهميته العظمى وخطورته فى

البلدان الحارة التى يكثر فيها هذا النوع من البعوض . وفى اقامة الدليل على عدم انتقال العدوى فى الحمى الصناعية القديمة انتفاء لكل خطر لمن هم حول المريض بل وانعدام كل خطر من نقل العدوى وحصول أى وباء فى الجهة التى يقام فيها العلاج وفى هذا الكفاية لاستبعاد كل خوف من استعمال هذا العلاج الحديث

الموانع للعلاج بالملاريا :

١ — جميع المرضى صالحون للعلاج بالملاريا ما دام لا يوجد أى عطب كبير الأثر فى أعضائهم الداخلية فمرضى القلب والدورة الدموية ومرضى الكلى ومرضى الكبد . . . الخ غير صالحين للعدوى بالملاريا الا اذا كان المرض عارضياً طارئاً فعندها يجب الانتظار حتى يزول هذا الطارئ

٢ — كذلك المرضى بأمراض حادة مثلا كالالتهاب الرئوى والحمرة والتيفودية والتيفوس وغيرها والنزلات المعوية والمعدية وغيرها والنزلات الشعبية أيضاً الخ . لا يجوز علاجهم بالملاريا الا متى زال ما يكون قد أصابهم من الامراض الحادة ويكون جسمهم قد عاد وعادت الاعضاء الداخلية للقيام بوظائفها كحالتها الطبيعية

٣ — لا يجوز تلقيح المهزولين ولا المسنين أو منهوكى القوى وعلى العموم فيجب تقدير حالة المريض كل على حدة والنظر فيما اذا كانت اصابته بالحمى لا تضره فى شىء ما

٤ — كذلك من الموانع الاشخاص المشحمين وذوى السمنة المفرطة اذ يغلب فى هذه الاحوال أن لا يكون القلب فى حالته الطبيعية

ولا تمنع حالات التدرن المستكنة والمعتبرة قد شفيت من الوجهة الاكلينيكية العلاج بالملاريا

٥ — لا يجوز اعطاء العلاج فى البيوت الخاصة بل يجب اعطاءه دائما فى المستشفيات حتى يكون المريض تحت المراقبة الطبية المستمرة

وقد ذكر Mühlens أنه ينبغى التثبت من أن المريض يتحمل الكينين بسهولة وأنه لا يكون من الاشخاص ذوى الحساسية الشديدة للكينين Idiosyncrasy ولكن لم يلاحظ فى جميع الحالات التى عالجها Wagner Jaureggs و Kyrle أى حساسية خاصة للكينين

وقد بدأ Kyrle علاج الملاريا فى بعض حالات التابز (النحول) وزهرى الجهاز العصبى فكان النجاح عظيما و بعد ذلك أخذ فى علاج تلك الحالات العنيدة التى مضى عليها من ثلاث الى اربع سنوات بعد العدوى وهى لا تزال موجبة التفاعل فى السائل أو فى الدم أو فى كليهما معاً بالرغم من أنها تكون قد أخذت كميات كبيرة من النيوسلفرسان ٣٠ الى ٥٠ جراماً والتى تعتبر بحق أن منها ما يكون أساساً لحالات زهرى الجهاز العصبى ويكون الخوف فيها كبيراً من أن ينتج عنها التابز (النحول) أو الشلل فكانت النتيجة التى حصل عليها حسنة جداً حيث عاد التفاعل فى الدم وفى السائل سالباً وعادت الكريات اللمفاوية والجلوبيلين فى السائل الى الحالة الطبيعية وقد ذكر Kyrle اختباره فى ٢٥٠ حالة عالجها بعد أن كان قد عالج قبلها مائة ١٠٠ حالة أخرى بالملاريا، أمام المؤتمر الطبى المنعقد فى Insbruck السالف ذكره سنة ١٩٢٤ وقال ما يأتى (انه يعرض اختباره مرة أخرى فى ٢٥٠ حالة عولجت بهذا العلاج منها بعض الحالات مضى عليها أكثر من عشر سنوات ونتيجة فحص السائل دائما موجبة فبهذا العلاج عاد السائل الى سالبية وشفيت معظم الحالات والباقى منها تحسن تحسناً عظيما وقال Prof. Kyrle انه يعتقد اعتقادا جازماً أن علاج الزهرى بالملاريا قد تخطى بمسافات كبيرة كل علاج آخر ونجح نجاحا لم يكن منتظراً فى حالات زهرية أخذت نحوا عن ٣٠ الى ٤٠ جراماً من النيوسالفرسان

فضلا عن العلاج بالبزموت والزيبق واليودور والقاكسين أيضاً ولم يكن كل ذلك ليغير ايجابية السائل فلما أخذت علاجاً واحداً من الملاريا عاد السائل طبيعياً)

فلما حصل Prof. Kyrle على هذه النتائج الباهرة وأيقن أن العلاج بهـذه الطريقة التى تجمع بين العلاج الذاتى والعلاج غير الذاتى قد فاقت فى نتائجها كل ما سبقها من الطرق من جهة ، ومن الجهة الثانية لما كان من الحقائق الثابتـة أنه كلما بكر فى علاج الزهرى كلما كان النجاح أتم ولما كان معلوماً أيضاً أن الجرثومة الزهرية ليس هناك ما يمنعها من الدخول فى الجهـاز العصبى المركزى والسحايا فى الوقت المبكر للعـدوى من الجهة الثالثـة — رجح كل ذلك لديه ضرورة علاج الزهرى الثانوى المبكر بهذه الطريقة وأخذ فى تنفيـذ ذلك بكل ما كان له من حول وقوة ونشاط واضعاً نصب عينيه غرضين

١ — الغرض الاول شفاء الزهرى الثانوى فى شوط واحد من العلاج وفى وقت قصير

٢ — الغرض الثـانى وقاية المرضى بالزهرى من حدوث نتائجه المتأخرة والسيئة ووقاية الجهـاز العصبى من الاصابة بالزهرى وما يتبعها من الشلل والتابز (النحول) وغير ذلك

فأما عن الغرض الاول فقد فاقت النتائج التى حصل عليها كل ما كان مؤملا فان جميع الحالات التى عولجت حتى الآن سواء أكانت من الزهرى الثـانوى الحديث أم المتقدم بعلاج الملاريا والتى بلغت حتى صيف سـنة ١٩٢٥ عنـد ما كنت أدرس فى (كلينيك فنجر) نحو ١٥٠٠ حالة لم يحصل فيهـا بعد مضى أربع سنوات (حيث أن Prof. Kyrle قد بدأ علاج الملاريا سنة ١٩٢٢) نكثات الا فى حالات نادرة جداً فعن الـ ٢٥٠ حالة التى ذكرها أمام المؤتمر الطبى السالف ذكره لم يلاحظ نكثات الا فى ثلاث حالات احداها ظهر أنهـا

عدوى جديدة (قرحة صلبة) وفى الحالتين الاخيرتين ظهر عليها بعض الحبيبات الزهرية التى شفيت منها بالعلاج العادى وما عدا ذلك فقد بقى فيه الشفاء تاماً واستمر الدم والسائل على سالبيته والمظهر الاكلينيكى بقى طبيعياً تماماً وأصيب كثير من الحالات التى عولجت بعدوى جديدة مما يدل على تمام الشفاء وذكر Hof. Finger فى مجلة Wiener-Klinische عدد سبتمبر سنة ١٩٢٦ أن النكسات فى جميع الحالات التى عولجت نادرة جداً

فاذا قارنا هذه النتائج الباهرة بنتائج العلاج المزمن المتقطع العادى ظهر التفوق واضحاً فى جانب علاج الملاريا خصوصاً اذا لاحظنا أن العلاج بالملاريا ينتهى فى شوط واحد وفى مدة قصيرة لا تزيد على اثنى عشر أسبوعاً تقريباً فلهذه الاسباب يكون قد تحقق غالباً جداً الغرض الاول من أغراض Prof. Kyrle ونترك للايام القادمة عند ما ينشر هذا العلاج فى جميع أنحاء العالم اثبات وتأكيد النجاح التام فى هذا الغرض

أما عن الغرض الثانى وهو استعمال هذا العلاج كوقاية من زهرى الجهاز العصبى وخصوصاً الشلل والتابز (النحول) فان الاوان لم يحن بعد للحكم حكما قاطعاً ولو أن جميع الدلائل تدل على أن النجاح فى هذا الغرض سيكون كبيراً ان شاء الله واليك بعض الدلائل المبشرة بذلك

١ — معلوم أن جميع حالات زهرى الجهاز العصبى تصحب غالباً بايجابية الفاز رمان فى السائل مع زيادة فى عدد الكريات اللمينفاوية وزيادة فى الجلوبيولين مع اعطاء تفاعل خاص مع التفاعل الكيميائى الذرى (Gold-Sol Reaction) وأحياناً يعطى فاز رمان نتيجة ايجابية فى الدم . وجميع الحالات التى عولجت وعادت للملاحظة لم يظهر عليها أى تغيير مطلقاً فى السائل أو فى الدم بخصوص كل هذه التفاعلات كذلك كان مظهرها الاكلينيكى كلها عادياً مع أنه مضى عليها الآن

نحو عن خمسة سنوات ومعلوم أن هذا الوقت وقبله بسنة هو الوقت الملائم لتحول الاصابة الى الجهاز العصبى المركزى ومع تغيير تفاعلات السائل الطبيعية .

٢ — وذكر Gerstmann أن Mallauschelk و Pilcz تتبعا مصير ٤١٣٤ حالة زهرية فى ضباط وعساكر عولجوا بمستشفيات عسكرية فى النمسا وأنهما وجدا أن نسبة الذين أصيبوا منهم بالشلل قد بلغت (٤ر٦٧١ ٪) وقد لاحظا أن من بين هذا العدد الذى هو (٤١٣٤ حالة) وجدا أن ٢٤١ حالة كانت فى ابتداء مدة اصابتها بالزهرى أصيبت بحمى عارضية مثل ملاريا وحمره والتهاب رئوى ... الخ وأنها كلها بدون استثناء قد سلمت من الاصابة بالشلل أو اصابة الجهاز العصبى بالزهرى وأنه كان ينبغى لو أنها لم تصب بحمى أن يكون بينها من ٩ الى ١٢ مرضى بالشلل ولاحظ أيضاً هذان الاستاذان على العكس أنه فى جميع الحالات التى أصيبت بالشلل فيما بعد مضت مدة اصابتها بالزهرى بدون أن يعتريها أية حمى عارضية وانهما بناء على ما لهما من اختبار خاص لا يعتقدان أن اصابة المرضى بالزهرى فى حداثته بحمى عارضية تكون هذه الحمى مانعة على المرجح لحدوث أصابات زهرية متأخرة فى الجهاز العصبى

٣ — اتفق أغلب العارفين على أن نسبة اصابة أهالى المناطق الحارة وتحت الحارة — حيث يكثر وجود الحميات (الملاريا والحمى الراجعة والحمى الصفراء .. الخ بصفة مستمرة) — بالشلل وزهرى الجهاز العصبى أقل بكثير جداً من نسبتهم فى أوروبا وأمريكا وقد ذكر كذلك كثير من المؤلفين منهم : Düring, Grober, Harle, Holzinger, Jeanselme, Ziemann وغيرهم وذكر Heinemann بصوماترا أنه وجد أن الاهالى الوطنيين لا يصابون بالشلل والتابز (النحول) مهما كانت اصابتهم بالزهرى شديدة بخلاف الاوروبيين القاطنين هناك فان كثيراً من مرضى الزهرى فيهم يصابون بالامراض الزهرية القطعية

المتأخرة وانه يعتقد أن السبب فى ذلك راجع الى انتشار الملاريا بين الوطنيين

وذكر Bercowitz أنه فى هينان (الصين) لا يقل عدد المصابين بالزهرى فى أدواره المختلفة عن ٥٠ الى ٦٠ ٪ من الاهالى الوطنيين وأن الملاريا منتشرة انتشاراً فظيعاً بنسبة ٩٠ ٪ فيهم وأنه فى مدة الثمانى سنين التى اقامها هناك لم يشاهد ولا حالة شلل واحدة وكل ما شاهده هو ثلاثة حالات تابز (نحول)

وذكر أخيراً Kirschner و Van Loon فى ولاية الهند الهولاندية أن فى الخمس سنين الاخيرة كانت نسبة مرضى الشلل بين الاوروبيين تبلغ ٩ر١٠ ٪ بينما نسبتها بين الوطنيين لم تتعد ٩ر٢ ٪ أى أن نسبة الاوروبيين تبلغ ثلاثة أمثال الوطنيين تقريباً

٤ — وكنت قد أرسلت خطاباً خاصاً لجناب مدير مستشفى الامراض العقلية بالعباسية بمصر Pr. Miller أسأله بعض أسئلة تختص بالموضوع وكان سؤالى الاول هو هل نسبة مرض الشلل والتابز (النحول) والامراض العصبية الاخرى الناتجة عن الزهرى فى مرضى المستشفيات الخاصة بالامراض العقلية فى القطر المصرى أقل أو أكثر من مثيلاتها فى أوربا فتكرم جنابه بالرد على هذا السؤال وانى أنتهز هذه الفرصة لأقدم لجنابه وافر الشكر والممنونية على حسن عنايته ورقته فقال جنابه فى رده . ان نسبة الامراض العقلية التى تنتج عن الاصابة الزهرية أقل فى مصر بكثير عن أوروبا وهذا يؤيد ما تقدم من المشاهدات

ومن المفيد أن أذكر هنا رأى جنابه فى باقى الاسئلة للفائدة العامة ولو أنها تخالف ما سبق ذكره وثبوته ثبوتاً قاطعاً لا يقبل الشك فى المرضى الكثيرين الذين عولجوا فى النمسا والمانيا وفى انجلترا نفسها

وكان سؤالى الثانى عما اذا كان جنابه يعتقد أنه لوجود الملاريا والحمى الراجعة

بصفة محلية فى القطر المصرى والممالك القريبة منه تأثير على انقاص نتائج الزهرى السيئة على الجهاز العصبى الى اصغر حد فكان جواب جنابه انه لا يرى هذا الرأى وأنه يعتقد أن ضئالة النسبة ناتجة عن قلة السكر بالنسبة لكثرتها فى أوربا

وكان سؤالى الثالث عما اذا كان لوباء الملاريا الذى حصل حديثاً فى الجبل الاصفر بجرار الخانكة ويمكن أن يكون قد أصيب به بعض المرضى بالشلل أو التابز (النحول) عرضاً أى تأثير على سير المرض فكان جواب جنابه أنه يعتقد العكس وأنه لم يحصل تحسن وأن مقاومة المشلولين قد قلت بعد اصابتهم باصابة جديدة بالملاريا سواء كان ذلك بالطريق الطبيعى كما حدث فى ذلك الوباء أو بالطريق الصناعى كما قام به بعض أطباء المستشفى

وختم جنابه بقوله : أنه يرى أن هذا الموضوع لم يقتل بعد بحثاً وتمحيصاً وأنه يلفت نظرى الى ما جاء فى تقرير مجلس المراقبة فى انجلترا من أنه لم يحصل بعد الوقت الكافى للوصول الى نتائج تعتبر حاسمة فى هذا الموضوع

وقد تفضل جنابه فأرسل صورة من صحيفة ٤ من التقرير السنوى الثالث عشر لمستشفى الخانكه عن سنة ١٩٢٤ و بدأه بقوله ان حالات الشلل التى تدخل المستشفى تكون فى حالة متقدمة جداً من المرض حتى أن الأمل يكون قليلا جداً فى شفائهم بعلاج الملاريا سواء أكانت طبيعية أم صناعية وذكر بعد ذلك أربعة حالات عولجت بالملاريا منها حالتان توفيتا والثالثة أخرجت بناء على طلب أهلها والرابعة لا تزال بالمستشفى ولم يحصل لها تحسين

ويظهر أن الحالات التى تدخل مستشفى الامراض العقلية هنا مصابة بالشلل تكون كما ذكر فى مقدمته التقرير فى حالة يأس لا يرجى منها نجاح وهذا فيما اعتقد هو ما جعل جناب مدير المستشفى يبدى رأيه فى غير صالح العلاج المشلولين والمصابين بزهرى الجهاز العصبى ولكن عند ما نجمع أمامنا كافة الدلائل التى فى

صالح هـذا العلاج وعليه من جهة علاج المصابين بزهرى الجهاز العصبى ومن جهة الوقاية من هـذه الامراض فان كفة النجاح تغلب على التأكيد كفة الفشل على أننا كما سبق أن ذكرنا فى استهلال هذا الجزء من المحاضرة نترك للزمن الحكم فى صالح الوقاية أو عليها

أما عن علاج الزهرى بالملاريا فان النجاح فيه كان عظيما ولذلك أخذ يتسع مدى استعماله فى جهات كثيرة من البلاد المتعددة ومن الذين يتبعونه الآن فى علاج الزهرى Almkwist, Biach, Luithelen, Müller, Scherber Stückgold, Finger Kyrle, وغيرهم وكل الدلائل تدل على نجاح العلاج نجاحاً تاماً ونتمنى ان شاء الله أن يبدأ باستعمال هذا العلاج فى مستشفياتنا بالقطر المصرى حتى يستفيد مرضانا كما استفاد غيرهم فى البلاد الاخرى وحتى تكون مصر فى مقدمة البلاد التى تأخذ بالنافع من اكتشافات العلم وتستفيد من خطواته الواسعة فى مختلف العلوم والفنون ونحمد الله على أنه قد حان الوقت الذى أصبح فيه مصير الزهرى فى أيدينا وأصبحنا الحاكمين له القابضين عليه بدل أن كان هو الحاكم علينا المتصرف فينا وأصبح فى قدرتنا أن نشفى الزهرى فى شوط واحد من العلاج وفى وقت قصير نوعاً لا يزيد عن ١٠ الى ١٢ أسبوعاً ؟

محاضرة
عن رحلة صحية فى اوروبا

الدكتور نجيب قناوى

ألقاها أمام الجمعية الطبية المصرية باسكندرية

أشكركم على تنازلكم بالحضور فى هذه الليلة وخصوصا أنكم أتعبتم أنفسكم لتسمعوا موضوعاً ليس بالطبى الصميم أو الفنى الذى يتناول بحثاً مستفيضاً أو مناقشة حادة انما هو عبارة عن رحلة بسيطة قضيتها فى هذا العام متنقلا فى بعض ربوع أوروبا للاطلاع على النظم الصحية المختلفة لتلك البلاد وذلك لكى نقتبس منها ما ينفعنا مراعين فى ذلك حالة البلاد العلمية . وقبل أن أدخل فى موضوعنا هذا أرى أن أشير الى الحالة العلمية الراقية التى عليها تلك الامم مما يجعل تلك النظم أسهل عليهم منا انطباقا وأكثر استيعابا

وسأتكلم هنا عن بعض ما اطلعت عليه باختصار مرجئاً الجزء الباقى الى محاضرة أخرى كما يلى

(١) محاربة وفيات الاطفال

(٢) معاهد السل

(٣) جمع الاقذار

(٤) المساكن

حماية الاطفال

لا عجب اذا رأينا أن نسبة وفيات الاطفال لا تتجاوز التسعين فى الالف عندهم لانهم يتخذون احتياطات شديدة و يقومون بمقاومة عنيفة لمحاربة وفيات الاطفال مضافا الى ذلك العامل الاقوى وهو المساعدة العظيمة التى يجدونها من

الشعب نفسه لانه بلغ درجة من العلم تجعله قادراً على فهم الواجب عليه واليكم مثالا مما يعمل فى مدينة كبيرة حيث قسم حماية الاطفال من أكبر فروع الصحة وهو تحت رئاسة كبيرة الطبيبات تساعدها رئيسة للادارة ونحو ٨٥ زائرة صحية (Heath Visitor) وهؤلاء السيدات يحضرن يومياً الى الادارة لاخذ التعليمات اللازمة وكل واحدة منهن مختصة بالتفتيش على حى أو جملة احياء من المدينة وهن يتعهدن شؤون الاطفال من يوم ولادتهم الى السنة الخامسة من عمرهم وأعمال هؤلاء الزائرات الصحيات تنحصر فى الآتى

(١) تفقد أحوال المواليد الصحية فى المنازل

(٢) مساعدة أطباء العيادات

يوزع بعض من هؤلاء الزائرات الصحيات على عيادات الاطفال المختلفة لاخذ عناوين الاطفال المرضى لمباشرة طريقة علاجهم فى منازلهم

(٣) زيارة المنازل لمعرفة حالتها الصحية واعطاء النصائح للامهات

(٤) شدة مراعاة الحالة الصحية للاطفال المصابين بامراض معدية كالحصبة والقرمزية

(٥) ملاحظات تعقيم الالبان التى توزع على الرضع من الاطفال

(٦) مراقبة أعمال القابلات

كيف تحارب وفيات الاطفال

تحارب الوفيات بالطرق الآتية

أولا — عيادات قبل الوضع (Antinatal clinics)

يوجد جملة عيادات فى المدينة ومستشفيات لاستقبال الحوامل والعناية بهن مدة الحمل . وفى تلك العيادات تؤخذ مقاييس الحوض و يعرف موضع الجنين و يفحص البول مراراً وتكراراً و يفحص الدم وتعالج الامراض على العموم وذلك

لجعل الام تلد ولادة طبيعة وطفلا سليما

ثانياً — عيادات بعد الوضع (Post Natal Clinics)

تختص هذه العيادات بفحص الاطفال من يوم ولادتهم لغاية بلوغهم السنة الخامسة من عمرهم وذلك لمعرفة حالتهم الصحية وترتيب ووضع الغذاء ومعالجة الامراض وتقرير كمية اللبن اللازمة لهم و يوجد فى هذه العيادات قسم خاص لتعليم الام دروساً عملية واقتصادية فى كيفية تحضير دواء بسيط للعائلة وحياكة وتحضير حوائج الاولاد .

قلت أن هذه العيادات تتعهد شؤون الطفل لغاية الخامسة من عمره و بعد هذه السن يكون الطفل على أهبة الاستعداد للدخول فى المدرسة هناك يصبح تحت ملاحظة أطباء المدرسة والمفتشين الصحيين فى الاحوال المرضية

و يبقى تحت العناية حتى بلوغه السنة الخامسة عشر . فمن ذلك نرى أنهم يتعهدون شؤون الطفل من وقت أن حملته أمه فى بطنها الى أن يصير شابا كاملا

توزيع الالبان على الاطفال

يوجد فى المدينة محل خاص ترد اليه الالبان من الباعة المتعهدين من مختلف الجهات ويجمع هذا اللبن ويمزج به الماء والسكر حسب التعليمات الواردة من العيادات بالنسب المطلوبة لكل طفل . ثم يعقم فى آلة خاصة و بعد تعقيمه يمرر فى أنابيب تصب فى زجاجات معقمة بحجوم مختلفة تسع كل واحدة منها مقداراً من اللبن بمعدل وجبة واحدة ثم يوزع بعد ذلك على جملة مراكز فى المدينة انتظاراً لتوزيعه على الامهات عند عرضهن تذكرة من العيادة التى ذهبت اليها وتعتبر هذه التذكرة ايصالا تحاسب به الام فيما بعد فتدفع قيمة اللبن بنسبة مقدار دخل العائلة فى الاسبوع واذا لم يمكنها دفع تلك القيمة مرة واحدة قسط عليها على

جملة مرات بأقساط بسيطة متساوية وقد تعفى العائلة من الثمن فى أحوال استثنائية كالفقر المدقع وعلى كل حال فالثمن الذى تتقاضاه مصلحة الصحة لا يوازى الثمن الاساسى لان الصحة تخسر فى هذه الحالة خمسين فى المائة

محلات نهارية لحفظ الاولاد

توجد منازل صغيرة فى أقسام المدينة مفتوحة أبوابها للامهات العاملات اللاتى يشتغلن فى حرفة ولا يمكنهن ترك أولادهن فى بيوتهن فيتركنها فى هذه المنازل طول وقت العمل مقابل أجر زهيد جداً مقسط بحسب مقدار حالة العائلة المالية ويتعهد شؤون الطفل فى هذا المكان مربيات ويعطى الغذاء بأنواعه حسب سن الطفل وبعض الملابس وليست هذه البيوت خاصة لكل طارق اليها بل يشترط أن تكون الام غير قادرة على حفظ طفلها فى منزلها مدة اشتغالها وأن تكون من العاملات الفقيرات أو مريضة بدرجة عدم استطاعتها تفقد حالة ولدها وقد يجوز فى أحوال استثنائية أن يرسل الى منزل العائلة من يعول الطفل مدة مرض الام أو تغيبها ولا يقبل فى هذه المحلات الرضع من الاطفال الا فى أحوال نادرة جداً لان السن المحددة للقبول هى من سنتين الى خمس

القابلات

القابلات لهن شأن عظيم وأهمية كبرى فى مصلحة الصحة ولا يترك أمرهن فوضى نظراً لشدة العلاقة المتبادلة بين الطرفين فمعظم الولادات هناك تعمل بواسطة القابلات وكل قابلة من هؤلاء خاضعة لقوانين الصحة ولها دفتر خاص تقيد فيه كل ولادة وحالتها لغاية اليوم العاشر ويوجد رئيسة للتفتيش على هذه الدفاتر ومراقبة الاعمال من وقت لآخر بشرط أن تراعى فى ذلك احساس القابلة وهذا نظير خدمتها للصحة لانها غالباً تنصح الامهات الحوامل من زبائنها بالذهاب الى العيادات قبل الوضع لمعالجتها بشرط أن لا تحرم القابلة من توليد حالتها هذه فيما

بعد ولا يفوتنى أن أذكر هنا قبل تركى موضوع حماية الاطفال أنه توجد جملة جمعيات خيرية متعددة فى أنحاء المدينـة تأخذ على عاتقها حماية الاطفال فاذا تناولت جمعية من هؤلاء اعانة مالية ولو بسيطة من المجلس البلدى فللمجلس حق الاشراف على أعمالها وذلك لتوحيد العمل والنظام العام خدمة للصحة العامة والا كانت مصلحة الصحة فى واد والجمعيـة فى واد كما هى الحال عندنا فانه والحمد لله يوجد عندنا جمعيات كثيرة بأحصائيات ضخمة عن عدد المرضى الذين يؤمونها فى كل عام ولكننا بكل أسف لا نقدر أن نعرف النتيجة التى وصلت اليها هذه الاطفال بعد تركها العيادات وهـذا ناشئ بالطبع من عدم تبادل العـمل بين مصلحة الصحة وتلك الجمعيات

معاهد لمقاومة مرض السل

يوجد جملة عيادات تابعة لمصلحة الصحة لمقاومة مرض السل ولما كان السل من الامراض الواجب التبلغ عنها فى معظم بلدان أوروبا كنا نرى أنهم يدققون البحث فى المريض للتأكد من تشخيص المرض وذلك خوفاً من الوقوع فى الخطأ عند عمل الاحصائيات لانهم وجدوا عدداً عظيما من الذين أبلغ عنهم أنهم مصابون بهذا المرض لم يكونوا فى الحقيقة مصابين به وكل من هـذه العيادات يرأسها طبيب يساعده ممرضتان احداهما للأعمال الكتابيـة والاخرى لمساعدته فى الاعمال الفنية وهذه المعاهد مفتوحة أبوابها لكل شخص يتقدم اليها من تلقاء نفسه أو يكون حاضراً من المستشفيات أو مرسلا من طبيب خاص وبالطبع كلنا نعرف أنه لا يوجد علاج خصوصى لمرض السل انما وجود مثل هذه المعاهد قد يأتى بفائدة لا يستهان بها لأنها تكشف المرض فى بدء ظهوره فيكون سهل العلاج وتصبح جميع المرضى تحت ملاحظتها وعنايتها فتعطى النصائح والارشادات وترسلهم

الى المستشفيات أو المصحات ويمكن لطبيب العيادة أن يرشد المريض اذا أراد الذهاب الى طبيبه الخاص لمعالجته مقابل تناوله ٦ بنس و٣ شلن من البلدية عن كل زيارة منزلية

هذه العيادات تقوم بفحص المريض من جميع الوجوه تصويريا بالاشعة أو بكتريولوجيا . وللمريض الفقير الحق فى أن يبتاع غذاء اضافياً من أى محل على حساب البلدية بشرط أن يرد الثمن الى البلدية على أقساط بسيطة و بأقل من الثمن الاساسى . ومن أحسن ما رأيته أن البلدية دائما تعامل الاطباء الخصوصيين معاملة حسنة ولا تنفرهم منها لكى يعاونوها فى مهمتهم هذه فمثلا تجدون أطباء المعاهد ينصحون المرضى بأن لا ينقطعوا عن زيارات طبيبهم الخاص ومن لم يكن له طبيب فيرشدونه الى واحد وهذا الطبيب يتناول أجرا على كل حال سواء أكان من البلدية أم من المريض

جمع الاقذار

تمر كل صباح فى المدينة عربات مغطاة لجمع فضلات المنازل ومن محلات البيع والاسواق لنقلها الى مكان خاص لحرقها وقبل حرقها يتبع فيها ما يأتى

توزن الكناسة أولا لمعرفة ما جمع منها من المدينة ثم تفرز بعد ذلك بواسطة العمال الى الاقسام الآتية

(١) الخضروات (٢) الاسماك (٣) الصفيح

وما بقى بعد ذلك من الكناسة ينقل الى فرن الحريق لحرقه . والقوة التى تتولد من شدة الحرارة يستعمل جزء منها لتسيير المركبات الكهربائية لانها كلها تابعة للبلدية والجزء الباقى يرسل لتسيير آلات التطهير . ووجد أن ٢٥ فى المائة من هذه الكناسة التى أدخلت فى النار لاتحرق حرقا تاماً بل تبقى جافة هاشة فيخلطونها بقليل من الجير ثم تصحن جيداً لتستعمل ملاطا ينفع فى تبليط شوارع المدينة

أما فضلات الخضروات المفرزة من الكناسة فتجمع على حدة وتخلط بجزء من روث المواشى وتشحن فى السفن لتباع سماداً جيداً تتهافت عليه الزراع

وقطع السمك تغسل بالماء ثم تنقل الى وعاء لغليه على النار جيداً حتى يفصل اللحم من العظم ثم تنقل بعد ذلك الى آلة خاصة لتجفيفها ثم يطحن اللحم حتى يصير دقيقاً يستعمل غذاء جيداً للفراخ و يباع بأثمان جيدة . أما العظم فيصنع منه مادة الغراء وأما الصفيح القديم فيجمع أكواماً لضغطه فى آلة خاصة و يحزم الى حزم ثم يصهر لاستعماله ثانياً

فمن هنا نرى أن البلدية لا تخسر شيئاً من وراء تلك العملية بل تفيد وتستفيد

المساكن

كل المساكن فى المدينة خاضعة للتفتيش الصحى لمعرفة حالتها الصحية وانما توجد مساكن أخرى تبقى دائماً تحت ملاحظة المفتشين الصحيين وهذه تنقسم الى قسمين

(١) المساكن المؤجرة لطائفة من السكان من نوع واحد ذكوراً كانوا أو اناثا

(٢) المساكن المؤجرة لجملة عائلات

وفى كلتى الحالتين يجب على المفتشين الصحيين تفتيش هذه المنازل ليلا ونهاراً لمعرفة حالتها الصحية وعما اذا كانت متبعة الشروط الصحية المطلوبة ومثل هذه الشروط معرفة عدد الاشخاص فى كل منزل وفى كل غرفة بشرط أن لا يسمح للشخص الواحد البالغ بأقل من ٤٠٠ قدم مكعب وللاطفال لغاية سن الخامسة عشرة بأقل من ٢٠٠ قدم مكعب و يصرح بمرحاض واحد لكل ١٢ شخصاً . وتضع البلدية لوحة فى كل غرفة بعدد الاشخاص المسموح به و يطلب

من السكان دوام تنظيف الغرف والمراحيض وابلاغ الصحة عن كل مرض معد في المنزل

يتناول المالك شلناً واحداً في اليوم الواحد عن كل ساكن في منزله ولا يسمح بادارة هذه المنازل الا بعد تسجيلها في البلدية

المنازل غير الصحية

يوجد في المدينة عدد عظيم من المنازل غير المستوفاة للشروط الصحية وهذه يجب معاينتها بواسطة المفتشين الصحيين لتقرير حالتها واعلان المالك باجراء الاصلاح اللازم فيها و يعطى ميعاداً محدداً لتنفيذ ما طلب منه والا فيعتبر المسكن غير صحى و يمنع من تأجيره وللسلطة الحق بعد ذلك في ازالته وتشييد منازل أخرى صحية مكانه تسمى المنازل الصحية

المنازل الصحية

تشيد البلدية على حسابها منازل صحية في أنحاء المدينة وخصوصا في الاراضي التي كان مشيداً عليها المنازل غير الصحية السابقة الذكر وتؤجرها الى العائلات الفقيرة المحتاجة بأجر زهيد فضلا عن أن قيمة الايجارة تقسط على أقساط ضعيفة تسهيلا للدفع ولا يمر وقت طويل حتى تكون جميع المنازل في المدينة صحية

ترجمة محاضرة عن حلوان الحمامات

ومياهها المعدنية

ألقاها الدكتور ارمناح ازاديان الكيماوى بمعامل الصحة العمومية فى المعهد العلمى المصرى بجلسته المنعقدة فى أول ديسمبر سنة ١٩٢٦

مقدمة

منذ أكثر من سنة تقريباً أمر حضرة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا وكيل وزارة الداخلية للشئون الصحية بتشكيل لجنة تتوجه الى حلوان الحمامات لتعاين بنفسها ينابيع المياه الكبريتية الموجودة فى تلك المدينة فتشكلت هذه اللجنة من حضرة صاحب العزة الدكتور على بك شوشه مدير معامل مصلحة الصحة بالنيابة والدكتور باسيلى فرج البكتريولوجى الاخصائى فى ابحاث المياه ومن كاتب هذه السطور وأرشدها فى ابحاثها التى قامت بها حضرة مفتش صحة مدينة حلوان

وجدت اللجنة أنه يوجد عدا الثلاثة الينابيع الجيدة ينابيع أخرى مهملة تماماً الى حد أن معظمها قد طمست بعضه الرمال وسدت فوهته وكان عدد هذه الينابيع كبيراً ولكن اللجنة اجتهدت أن تتعرفها وتتفقدها وكان بعضها يعرف بما يكون قد انهال عليه من الرمال فأصبح تلا صغيراً يشاهد من تحته مجرى صغير جداً حتى صار يتعذر تماماً أخذ عينات منها للتحليل ورأت اللجنة بأن تكتفى بأخذ عينات من ماء الينبوع الموجود فى البناء الخاص بالينابيع الحارة وعينتين أخريين من الينابيع التابعة للحكومة

وقد رفع صاحب العزة مدير المعامل تقريراً الى حضرة صاحب السعادة وكيل الوزارة يتضمن نتائج التحليل

وقد أعرب حضرة صاحب السعادة وكيل الوزارة عن رغبتـه فى أن تجرى سلسلة من التحاليل لهذه الميـاه فأخذت عينات من هذه الينابيع لفحصها بغية الوقوف على مدى التغيير فى تركيبها الـكيميائى اذا كان ثمة شىء من ذلك

ومنذ ذلك التاريخ بدأ أخذ العينات من جميع الينابيع وكانت العينات تفحص تواً بعد أخذها لتقدير الايدروجين المكبرت

وهذه الرسالة التى نقدمها الآن هى نتيجة تلك الابحاث وقد رغبنـا فى أن نضيف اليها بعض المعلومات عن مدينة حلوان نفسها للفائدة العامة ولفائدة من يهمهم أمر هذه المدينة التى يوجد فيها أعظم ينبوع طبيعى أهلى فى البلاد المصرية هو بلا مراء كبير الفائدة لكثير من الناس

القطر المصرى أكثر البلاد ملائمة للحياة فى الشتاء فان الطقس فيه حينئذ يماثل طقس البلاد الاوروبية فى الصيف . ومدينة حلوان الحمامات تعتبر مصحاً ومشتًى ويرتفع مستواها ٦٠ متراً عن سطح ماء النيل وهى تبعد عن مدينة القاهرة ٢٥ كيلو متراً جنوباً وتقع فى الصحراء فى سفح جبـل المقطم ولهذا تعتبر من أهم المدن الشتوية لما يحيط بها من الصحراء وما يملأ جوها من الهواء النقى الجاف الصحى أما فصل الاقامة بها فيبتدئ فى شهر نوفمبر وينتهى فى ابريل

والطريق اليها هو من محطة باب اللوق التابعة للسكة الحديد المصرية فيمر القطار بمصر القديمة التى بها بعض آثار البنـاء الرومانى وعدة طواحين هوائيـة كانت تستخدم فى العصور الغابرة لطحن الغلال اللازم لعمل الخبز الذى احتاج اليه جيش عرابى باشا . ويرى المسافر على يمينه منظر النيل الجميل كما يرى عن بعد مناظر الاهرامات واذا كان السفر فى شهر نوفمبر أو ديسمبر أمكن أن يرى

الانسان ذلك المنظر المبهج منظر الشمس حين غروبها وهو منظر يكاد ألا يكون له مثيل فى بهائه . وفى منتصف الطريق الى حلوان يمر المسافر بمدينة طره وهى المدينة التى يوجد بها السجن الذى يقيم به المحكوم عليهم بالاشغال المؤبدة فيرى هؤلاء المساجين وهم سائرون مكبلين بالسلاسل الحديدية تحرسهم الجنود المصرية والسودانية الشاكة السلاح . ثم يمر بمحطة المعصرة التى يوجد بها الاسمنت والجير وقبل أن يصل الى محطة حلوان يرى عدة خنادق طبيعية حتى اذا وصل شعر بالفرق فى الطقس من ناحية رطوبته ونقاوة هوائه و بدأ يستنشق هواء الصحراء الذى تؤثر نقاوته تأثيراً عظيما جداً على الانسان المعتاد أن يستنشق هواء المدن الكبيرة المزدحمة بالسكان أما فيما يختص بسقوط المطر فقد شوهد المطر فى القاهرة فى السنوات الاخيرة الماضية بكميات كبيرة فى حين أنه فى حلوان يندر أن تمطر السماء مرة أو مرتين مطراً خفيفاً مما يسمح بالقول أن مدينة حلوان تعتبر مدينة غير ممطرة وفى الشتاء يكون الطقس نقياً نقاوة تامة وتسطع الشمس فى سمائها طول اليوم ولياليها ذات بهاء لا يوصف لامعة نجومها زاهر قمرها وذلك مما يسمح للكثيرين بالحياة الحلوية وليس بمستغرب أن يشاهد الانسان العدد العديد من العائلات يقضون الليالى تحت سقوف المظلات يتمتعون بالهواء النقى المنعش الذى تهب من الصحراء

أما فيما يتعلق بالطقس فيمكن القول أنه فى خلال أربعة شهور الشتاء تستمر الشمس زهاء ثمان ساعات من النهار ولا تتقلب درجة الحرارة الجوية كثيراً ولا يكون تغييرها فجائياً أما الرطوبة فقليلة جداً وتبلغ ٥٧ فى المائة بمقياس جايشر ولما كانت حلوان واقعة فى الصحراء كان المنتظر أن يكون الهواء محملا بكمية عظيمة من الرمال ولكن على العكس نراه خلو منه و يعزى ذلك الى أن هذه الرمال من النوع الثقيل الذرات الذى يعجز عن حمله الهواء

ومدينة حلوان معروفة منذ العصور القديمة وترجع تسميتها بهذا الاسم الى ابن بابليون المسمى حلوان الذى كان ملك الفسطاط فى العصور القديمة وقد قال ابن حكيم فى ذلك أنه إبان ظهور وباء الطاعون الذى انتشر فى الفسطاط غادر عبد العزيز بن مروان مدينة القاهرة بحاشيته وجيشه وأقام فى المكان المسمى أبو كركور شرقى حلوان وهو المكان المعروف بجودة تربته فغرس هناك كروما وكثيراً من أشجار النخيل وحفر آباراً عدة وقد ذكر عبد الحميد الكندى أن نزول عبد العزيز بذلك المكان كان فى سنة ٧٠ بعد الهجرة وقد وصف الشاعر الشهير ابن القيس غزارة محصول تلك الكروم وذاك النخيل الذى غرس لتموين جيش عبد العزيز

وقد جاء فى كتاب المقريزى أن الخليفة عبد الله بن المأمون سكن حلوان لما زار القطر المصرى أما المؤرخ الجبرتى فقد قال انه فى سنة ١٢٠٠ هجرية حرق شيخ البلد ابراهيم بك مدينة حلوان وأعادت بناءها الاسرة العلوية والهمة مبذولة منذ أيام محمد على فى وضع خريطة تبين عيون المياه المعدنية بالمدينة وفى سنة ١٢٦٦ هجرية بنى المرحوم عباس باشا مكانا مكونا من غرفتين بجوار تلك العيون كان يرسل اليه جنود جيشه المرضى بأمراض جلدية وفى سنة ١٨٦٨ ميلادية شكلت لجنة علمية لفحص مياه تلك العيون وكانت اللجنة مشكلة من النجارى بك وسالم بك والدكتور ربل وجستنل بك وأحمد افندى ندا والمهندس محمد افندى وقد قررت هذه اللجنة فائدة هذه المياه وأشارت بتكليف وزارة الاشغال العمومية باقامة بناء لها وحدث فى أثناء حفر الاساس أن ظهرت عين أخرى مما حدى بالخديوى عباس بتشكيل لجنة من الدكتور ربل واحمد افندى حسن اللذين قررا أن هذه العين تظهر من أربع شعب الا أن مكان ظهورها ذو منسوب منخفض ووجدت اللجنة علاوة على ذلك حوضاً كبيراً مبنياً بالطوب الأحمر يرجع بناؤه الى العصور القديمة وقد قرر ربل أن كمية الماء التى تخرج يومياً من

هذه العين هى من ٣٥٠ — ٤٠٠ مترا مكعبا وعند ما قدم تقرير هذه اللجنة الى الخديوى أمر بالحفر مسافة أربع أمتار أخرى تحت اشراف الدكتور ربل ثم بنى بناء من الخشب مكوناً من عدة غرف لاقامة الذين يحضرون من القاهرة والاسكندرية من المرضى وعين الدكتور ربل مديراً لهذه الحمامات . وفى سنة ١٨٩٦ ميلادية عينت الحكومة المصرية الدكتور باجماى مديراً طبيباً للحمامات وهو الذى قدر الخواص الطبيعية المفيدة لتلك الينابيع الكبريتية فوضع أساس البناء الحالى الذى أخذت وزارة الاشغال فى تنفيذه تحت اشراف المهندس باتيجلتى وافتتحه رسمياً الجناب العالى الخديوى عباس الثانى سنة ١٨٨٩ ميلادية . أما الزائرون فى الشتاء فهم خليط من مختلف الجنسيات أغلبهم من الانجليز والالمان والروس وقليل من البلچيكيين والامريكيين وأقل الزوار هم النمساويين وقدلاحظ هولستون باستغراب أن عدداً قليلا جداً من الزوار هم كان من الفرنسيين

وتشبه مدينة حلوان اسفنجة مملوءة بالماء فاينما حفرت أرضها عثر على الماء على عمق قليل حتى أنه عند اقامة أساس الابنية يشاهد رشح المياه عند الحفر على عمق مترين وقد أيد رأينا هذا ما قاله جستنل بك أن أكنج بك المدير السابق لمدرسة الفنون والصنائع قد وجد منذ بضعة سنوات على بعد بضعة خطوات من الينبوع وفى الجهة الشمالية الشرقية بعض منخفضات خرج منها ماء كبريتى مما يظهر بجلاء احتمال وجود ينابيع جديدة أصلها من أصل مياه الينبوع الحالى

أما ربل فقد ذكر أنه يوجد أحد عشر ينبوعاً ثلاثة منها فى الجنوب بالقرب من وادى الرشيد وثمانية فى سفح الجبل يبعد الواحد عن الآخر مسافة ٤٠ — ٨٠ متراً ممتدا من الغرب الى الشرق ولما كانت أربعة من هذه الينابيع ضئيلة الصرف فقد أهملت ولم يحافظ الا على السبعة الاخرى التى كان لها مصرف كبير وحيث تخرج المياه على ارتفاع ثلاثة أمتار . ومن هذه الاربعة واحد كان

مالحا جداً والثلاثة الاخرى كبريتية

أما الآن فلا يوجد الا ثلاثة ينابيع جيدة ومعتنى بها. فأولها الينبوع الموجود فى البناء الحالى للينبوع الحار وهذا الينبوع يمكن اعتباره يماثل أحسن الينابيع التى من نوعه ثم ينبوعان تابعان للحكومة أحدهما خاص بالسيدات والآخر بالرجال وهذان موجودان فى كشكين صغيرين أقامتهما الحكومة للاهالى واحد منها فى كل كشك . ولكل منهما ممر صغير عن يمينه وعن يساره غرفتان صغيرتان للبواب ومما يؤسف له أنه لا توجد وسائل الاستحمام بهذه المياه فالرجال والنساء على السواء يجب عليهم أن يقتربوا من الصنبور لغسل أجسامهم اذ أنه لا يوجد حمام ولا حوض فهم يكتفون بالذهاب الى الصنبور والاغتسال الواحد بعد الآخر وعلى ذلك ينقص هذه الامكنة النظافة ولكنا علمنا أن الحكومة تدرس الآن مشروع بناء مكان للاهالى يكون الدخول اليه برسم صغير جداً وبهذا وذاك يمكن الاستفادة من الخواص الطبيعية لهذا الينبوع الاهلى . أما مكان المياه الحارة ففيه حديقة بها حوض طوله تسعين ياردة يحتوى على الماء الحار المالح المنصرف ليل نهار وعلى بعد بضعة أمتار منه يوجد البناء الاصلى المبنى على الطراز الهندسى الشرقى حسن الاضاءة والتهوية ومشيد على الطرق الصحية الحديثة ويمكن الدخول اليه بواسطة طريق عليه سقيفة تتسلط عليها الشمس من الشرق الى وقت متأخر بعد الظهر ومن هذا الممر يصل الداخل الى صالة متسعة ذات قباب منقوش على الطريقة الشرقية وأمام باب الدخول غرفة محتوية على ماء الاستحمام ويصل الداخل من الناحية الاخرى الى الممرات العريضة الموصلة الى غرف الحمامات وعددها ستين حماماً فى غرف متجاورة بكل مرش من أنواع مختلفة وحمامات كهربائية وحمامات بخار وحمامات هواء حار وبها عدد كبير من الغرف لخلع الملابس . ويوجد ببناء الحمامات الساخنة بحلوان حوض كبير به فتحتان احداهما

صغرى موجودة فى الجزء العلوى منه وأخرى كبرى موجودة فى أسفله

وقد أمكن تقدير الماء النابع من العين لاول مرة بمعرفة الاستاذ جستنل باشا فى سنة ١٨٦٨ وقد عد أن هذا التقدير لينانت باشا فقد وجد جستنل أن مقدار النابع لتر كل عشرين ثانية أو ثلاث لترات كل دقيقة أو ما يعادل مائة وثمانين لتراً فى الساعة أو عشرين وأربع مائة وأربعة آلاف لتر فى كل أربعة وعشرين ساعة وفى الوقت الحاضر أصبح تقدير الماء النابع أكثر صعوبة نظراً لوجود الحوض الحاجز للمياه ولان فتحة العين الكبيرة توجد فى أسفل الحوض مما يجعل تفريغه غير مستطاع وقد اضطررنا لامكان الوصول الى تقدير النابع أن نقيس ما ينبع من العين الصغيرة وهى الموجودة فى أعلى الحوض فأمكن معرفة أن الماء النابع بمعدل واحد وعشرين لتراً لكل دقيقة أوستين ومائتين وألف لتر لكل ساعة أو ثلاثون ألف لتر لكل يوم . ويوجد فى أسفل الحوض صنبور تصريف يصرف المياه الى مصارف ولما كان قطر الحوض ٢و٤٥ متراً أى أن حجمه ٥و٩٤٠ متراً مكعباً فانه يحتاج الى خمسة وعشرين دقيقة لاعادة ملئه . ولا يمكن القول أن هذا الحساب دقيق للغاية وذلك لان ضغط الماء يؤثر الى درجة كبيرة فى قوة خروجه من العين ويشاهد ذلك بمجرد النظر الى الحوض فانه فى الدقائق الاولى يصعد الماء بسرعة وكلما ازداد الماء فى الحوض كلما لوحظ بطء ارتفاعه فيه

وقد أكد لنا الموظف القائم بملاحظة هذه الاحواض بأن الانبوبة المركبة على العين الكبيرة تغور فى الارض على عمق خمسين متراً والمركبة على العين الصغرى على بعد ثمانين متراً

وماء العين عند خروجه يكون رائقاً جداً عديم اللون والرائحة وذاطعم كبريتى مالح ودرجة حرارته هى ١ر٣٢° فى حين أن درجة الهواء هى ٢٨—٢٩ واذاوضع الماء فى زجاجة لوحظ خروج فقاقيع صغيرة صاعدة من قاع الزجاجة واذا عرض الماء

وترسب طبقة من الـكبريت فى قاع الزجاجة فاذا ما رسبت فقد الماء رائحته الـكبريتية تماما

ان الطعم المالح لمياه حلوان ينتج من عدة أملاح مختلفة تعتبر مكونات رئيسية له أما حرارته وطبيعته الـكبريتية فأنهما يدلان على أنه آت من أعماق بعيدة جداً وأنها تخترق طبقات مختلفة

وتشبه مياه حلوان مياه المدن الآتية وهى : مدينة أكس فى سافوا (درجة حرارتها ٤٥°) ومدينة هرلكسباد ومدينة تونيدورف وأكسلاشابل (درجة حرارتها ٥٧ درجة) ومدينة أميلى الحمامات (٤٥°) ومدينة بادل (٣٥°) ومدينة موليدز (٣٧°) ومدينة سانت هونوريه (٣٣°) ومدينة القديس المخلص(٣٥°) وغيرها

أما المؤلفون الذين اهتموا بالكتابة عن هذا الماء من وجهة خواصه العلاجية فكثيرون نذكر من بينهم أدولف ماس وأنجل و بنتلى و باح ماى وريل و بيرنيرجر

أما المؤلفون الذين اهتموا بالكتابة عنه من وجهة تركيبه الـكيميائى فهم على العكس قليلون وقد أمكن العثور على أسماء بعض من اهتموا بتحليله لمعرفة محتويات هذه المياه وأقدم هؤلاء المؤلفين هو الاستاذ جستنل باشاد وأيضاً حسن بك محمود وسالم باشا سالم وريشموند الذى كان موظفاً بالمعمل الـكيميائى ويأتى أخيراً بعد هؤلاء اسم المرحوم الدكتور كوبرز وهو الشخص الذى عمل أكثر من عشرين سنة لاحياء حلوان وهو الذى نشر الدعاية عنها فى المانيا ولم يكن عمله هذا عبثاً فقد كان الزائرون قبل الحرب من الألمان يقدرون بخمسين فى المائة من مجموع الزائرين

وفيما يلى نتائج التحليل الـكيميائى الذى قام به المؤلفون المذكورة أسماؤهم آنفا

تحاليل الاستاذ جستنل

يتركب لتر الماء الكبريتى المعدنى من مياه حلوان مما يأتى :—

غاز الايدروجين المكبرت	٠٤٤ و ٠ جراما
غاز الكربونيك	١٢٠ و ٠ «
غاز الأزوت	—
كلورور الكلسيوم	١٨٨ و ٠ «
« المغنسيوم	٨١٢ و ١ «
« الصديوم	٢٠٠ و ٣ «
سلفات الجير	٢٤٠ و ٠ «
كربونات الجير	٥٨٠ و ٠ «
مواد عضوية	—
المجموع	٠٠٠ و ٦ جرامات

تحاليل سالم باشا سالم

حمض الغاز السلفوهدريكى	٠٤٤ و ٠ جراما
« « الكربونيكى	١٢٠ و ٠ «
أزوت	—
كلورور الكلسيوم	١٨٨ و ٠ «
« المغنسيوم	٨١٨ و ٠ «
« الصديوم	٢٠٠ و ٣ «
كربونات وكبريتات الكلسيوم	٥٦٠ و ٠ «
المجموع	٧٦٠ و ٥ جراما

تحليل ويبوند

كلورور الكلسيوم	٢٣٩٠ و ٠ جراما
« المغنسيوم	٠٠٤٠ و ٠ «
« الصوديوم	٦٢٤٠ و ٥ «
« البوتاسيوم	٠٣٢٠ و ٠ «
كبريتات المغنسيوم	٤٤٧٠ و ٠ «
كبريتات الكلسيوم	١٥١٠ و ١ «
سيليكا	٠١٥٠ و ٠ «
مركبات الحديد	٠١٤٠ و ٠ «
غاز حامض الكربونيك	٠١١٧ و ٠ «

تحليل الدكتور كوبرز

كلورور الصوديوم	١٢٩ و ٨ «
كلورور البوتاسيوم	٢٧٨ و ٠ «
كربونات الصديوم	٩٦٩ و ٠ «
كبريتات الجير	٨٠٥ و ٢ «
كبريتات المجنزيا	٦١٠ و ٠ «
اكسيد الحديد	٠٠١٢ و ٠ «
غاز حامض الكربونيك	٤٠١ و ٠ «

تحليل الدكتور اتفيلد

كلورور البوتاسيوم	٢٩٢٣ و ٠ جراما
كلورور الصديوم	٠٦٩٠ و ٠ «
كبريتات الجير	٠٦٩٤ و ٠ «
كربونات الكلسيوم	٨٢٥٠ و ٠ «
كبريتات المجنيزيا	٥٠٦١ و ٠ «
حديد الومنيوم	٠١٦٠ و ٠ «
سليكا	٢٩٠ و ٠ «
ايدروجين مكبرت	٩١٨ و ٠ «

وفى غداة الزلزال الذى حدث يوم ٢٦ يونيه سنة ١٩٢٦ ظهر نبع جديد وقد توجهنا بناء على أمر صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا لمعاينة مكانه وأخذ العينات اللازمة لفحصها فوجدنا فى الواقع نبعاً جديداً موجوداً أمام مدخل حمامات السيدات مباشرة فكان اعتقادنا فى أول الامر أن الهزة العنيفة الارضية أحدثت تشققاً فى مجرى الماء الواصل الى حمامات السيدات ولكن عند ما توجهنا لمعاينته ثانية بعد أسبوع وجدنا أن النبع الجديد موجود فى طريق مخالفة للطريق الذى يسلكه نبع حمامات السيدات ومع ذلك فقد وجد أن النبع الجديد ونبع حمامات السيدات متشابها التركيب تماماً هذا وكل مياه ينابيع حلوان لها بالفعل تركيب واحد

المقارنة التحليلية بين ماء النبعين الجديد والقديم

	أجـزاء من مليـون	
	النبع الجديد	النبع القديم
المواد الصلبة الذائبة مجففة عند درجة ١١٠	٦٢٦٠	٦٣٢٠
القلوية (مقدرة بالدرجات الفرنسية) . .	٥و٣٢	٥و٣٢
الـكلور	٢٨٤٠	٢٨٤٠
الـكلور محسوباً ككلورور الصوديوم . .	٤٦٨٠	٤٦٨٠
العسر الدائم مقدراً ككربونات الـكلسيوم	١١٤٠	١١٤٠
الـكبريتات مقدرة كثالث أوكسيد الـكبريت	٤٤٩	٤٣٢
النوشادر المطلق	١٠	١٠
النوشادر الزلالى	١٦و٠	١٦و٠
النترات	—	—
النتريتات	—	—
الـكلسيوم مقدراً كأكسيد الـكلسيوم .	٥٨٠	٥٧٠
المغنسيوم مقدراً كأكسيد المغنسيوم .	٣١٥	٣٢٠
كبريتور الايدروجين	٥٢	٥٢

والخلاصة من بحثنا هذا أنه يمكن استنتاج أن التركيب الكيميائى لكل مياه ينابيع حلوان متشابه . وعلى ذلك يكون مصدر هذه الينابيع واحد و يمكن القول أيضاً أن هذا التركيب الكيميائى غير قابل كثيراً للتغيير وهذا الحـكم مبنى على سلسلة التحاليل الكيميائية التى تمت فى خلال السنة ???

علاج الحمرة بالاومنادين

محاضرة للدكتور محمد ابراهيم

القاها أمام الجمعية الطبية المصرية

سيدى الرئيس . سادتى الافاضل

أتشرف بأن القى على مسامع حضراتكم كلمة عن علاج الحمرة بالاومنـادين وقبل البدء فى ذلك أرى واجباً على أن أتقدم بالشكر لحضرة (السكرتير العام) الدكتور خليل الذى هيأ لى فرصة الكلام

المقدمة

الاومنادين فاكسين غير نوعى (Non-specific) يتوقف تأثيره العلاجى على احداث صدمة بروتينيـه (Protein shock) وهو مثل من أمثلة احداث المناعة بطرق غير نوعيه (Non-specific therapeutic immunity) التى ذاع استعمالها أخيراً وأصبحت من أهم وسائل العلاج فى الوقت الحاضر ولاهميتها أرى من الفائدة ذكر كلمة عمومية عن المناعة العلاجية (Therapeutic immunity) لما لها من الصلة العظيمة بموضوعنا

المناعة العلاجية :— قسمان قسم نوعى وقسم غير نوعى وكانت الطريقة المستعملة فى احداث المناعة النوعية هى بحقن المريض بمقدار بسيط من الميكروب الحى غير كاف لاحداث المرض أو اضعاف الميكروب بوسائل شتى كالحرارة والمطهرات الضعيفة الخ قبل حقنه بالجسم كما هى الحال فى الفاكسين الواقى من الكلب (Antirabic vaccine) والفاكسين الواقى من الجدرى ولا شك ان هذه الطريقة لا تخلو من خطر اذ أن الميكروب يتكاثر فى الجسم بسرعة لا يمكن تقديرها ولا معرفة مداها وقد يؤدى ذلك الى نتائج غير حميدة مما جعل العلماء وأخص بالذكر

منهم ريت (W right) يفكرون فى استعمال الحقن بميكروبات ميتة أو استخلاص السم وحقنه بالجسم وقد أتى ذلك بنتائج قيمة فى الوقاية من الامراض ولدينا أمثلة لذلك منها استعمال فاكسينات التيفود والدوسنطاريا والالتهاب الرئوى والطاعون والكلرا للوقاية من هـذه الامراض الا أن استعمال هذه الطريقة فى العلاج أتى بنتائج بسيطة وغير مضمونة مما خيب آمال كثير من الاطباء الذين كانوا يعتقدون فى امكان وضع حد للامراض الميكروبية بهذه الطريقة

وهذه الوقاية النوعية تتوقف على عاملين مهمين أولهما تكوين مواد نوعية مضادة بالجسم (specific antibodies) مثل التجمعات (agglutinines) والترسبات (Precipitines) الخ وثانيهما زيادة حساسية الانسجة للميكروب المقصود بحيث أن دخول أية كمية منه فى الجسم يعقبه تكون سريع للمواد المضادة . ومما يؤسف له أن انظار كبار الاطباء ظلت متجهة الى هذا النوع من المناعة زمناً طويلا ومجهودهم قاصر عليها ولم يفكّر بطريقة جدية فى استخدام المناعة غير النوعية فى العلاج الا حديثاً ورغماً من ذلك فقد كانت نتائجها سرية وحاسمة مما زعزع عقيدة كثير من الاطباء فى نوعية الفاكسين وكانت صدمة عنيفة لنظرية النوعية بأجمعها

المناعة غير النوعية : — معروفة منذ زمن بعيد (سنة ١٨٩٣) فقد شوهد أنه كثيراً ما يعقب حقنة واحدة من الفاكسين تغير سريع فى سير المرض لا يمكن تعليله بتكوين مواد نوعية اذ أن هذه العملية تستغرق زمنا ليس بالقليل كما أنه لوحظ أنه من الممكن احداث نفس التأثير فى مريض بالتيفود اذا ما حقن بالفاكسين النوعى أوفاكسين باشلس الصديد الازرق (Bac. Pyocyanues) وان حقن بعض المواد البروتينيه مثل اللبن والدم وخلافه بالجسم يصحبه ظواهر لا تختلف فى شىء عن الاعراض التى تعقب حقنة نوعية ولقد ظلت دائرة المناعة غير النوعية ضيقة والبحث فيها محصورا جداً نظراً لاتجاه الانظار للنوع الاول ولم يُبدأ باستعمالها فى العلاج الا

منذ سنة ١٩١٢ حيث استخدمت فى علاج بعض الامراض الجلدية المزمنة وقد أدرك الاطباء فى السنوات القليلة التالية عظيم فائدتها خصوصاً فى الامراض التحت حادة (Subacute) ويكفى دليلا على الشهرة التى اكتسبتها أن أقول لحضراتكم اننا نستعملها فى المستشفى بكثرة عظيمة و بنتائج محسوسة فالرمديون يستعملون حقن اللبن فى كثير من أمراض العيون والجراحون يستعملون حقن الميركيوروكروم وثانى كلورور الزئبق فى كثير من حالات التسمم الدموى العفن ونحن نستعمل الاومنادين فى كثير من الامراض الميكروبية الحادة والفاكسين ضد التيفود فى التهاب المفاصل المزمن والملاريا فى الشلل الجنونى العام (G. P. I.) وحقن الدم فى الكوريا (بواسطة الدكتور عزمى بك) وفى كثير من الامراض الجلدية وكل هذه أمثلة للعلاج بالپروتين (Protein therapy)

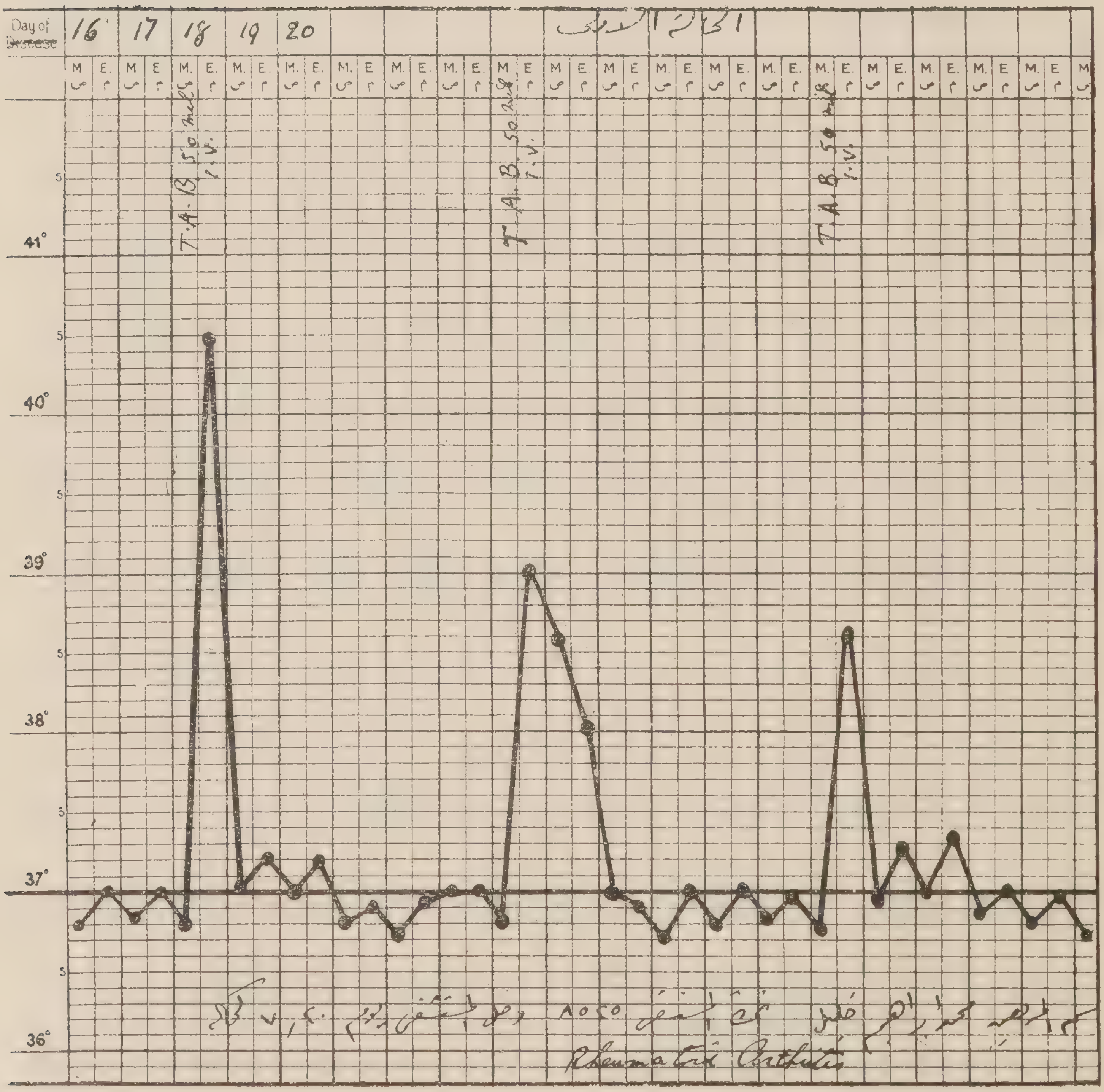
ويتوقف حدوث المناعة غير النوعية على عوامل شتى أهمها

أولا — رد فعل حمى (Febrile reaction) فسواء حقن المريض باللبن أو الفاكسين ضد التيفود الخ فان وجود هذه المواد بالدم ينبه بطريقة غير معروفة جميع أنسجة الجسم ويحدث حمى شديدة قد تصل فى كثير من الاحيان الى ما فوق الاربعين وهذا عين ما يحدث فى الحالات المرضية عند دخول كمية عظيمة من الميكروبات المرضية بالجسم . وهذه الحمى التى كان ينظر اليها قديماً كمرض من الواجب ايقافه بالعقاقير والطرق المختلفة ما هى الا أداة كفاح وعامل من عوامل الدفاع المهم بالجسم ودليل على حيوية المريض وقدرته على الفوز فى العراك العنيف بينه و بين الميكروبات . وغير خاف علينا أن وجود ارتفاع بسيط بالحرارة فى حالة مريض بالتهاب رئوى فصى مثلا أو أى تسمم دموى (Septicæmia) نذير سيئ ودليل على خطورة المرض و بديهى جداً أن هذه الحمى وما يصحبها من ازدياد فى التغير الغذائى فى الخليات (Metabolism) وسرعة فى حركة القلب تساعد كثيراً

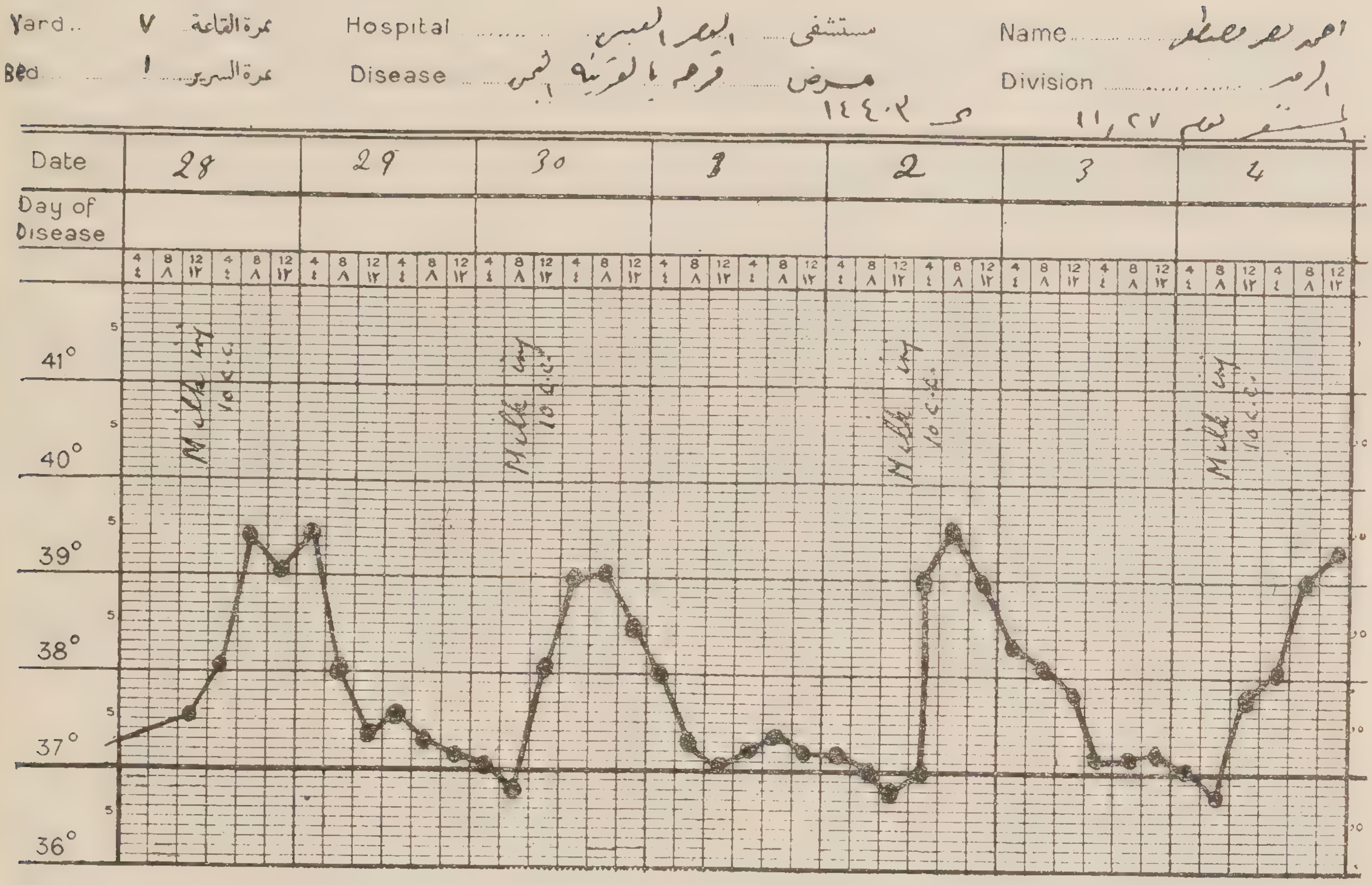
على التخلص من العدوى

يحدث ارتفاع الحرارة عقب الحقنة بمدة بسيطة قد لا تتجاوز فى كثير من الحالات نصف ساعة ، عقب رعشة أو قشعريرة شديدة ، و يصل الى اقصى حد فى مدى أربع أو خمس ساعات على وجه التقريب ثم تهبط الحرارة بالتدريج وتصير طبيعية بعد يوم أو يومين وتكون مصحوبة غالبا بغثيان وأحيانا بقيء وآلام بالظهر والمفاصل . وسأذكر لحضراتكم حالتين على سبيل المثال الاولى حالة روماتزم مزمن بالمفاصل تعالج بالحقن ضد التيفود والثانية حالة قرحة فى القرنية تعالج بحقن اللبن وان نظرة واحدة الى تذكرة الحرارة تغنى عن كل شرح

الحالة الاولى



الحالة الثانية



لاحظ وجه الشبه بين هذه و بين تذكره حرارة حمى ملاريا

ثانياً — وهناك عامل آخر لا يقل أهمية عن ارتفاع الحرارة . وهو زيادة عدد الكرات البيضاء فقد لوحظ فى أغلب الاحوال حدوث انخفاض فى عددها قصير المدى و يقابل دور القشعريرة يعقبه ارتفاع سريع وعظيم فى عددها يصل الى أقصى حد فى ظرف ٢٤ساعة ولاشك أن ذلك ناشئ من تنبيه البروتين للاعضاء المكونة للخلايا البيضاء فتتكاثر بسرعة وتندفع فى الدورة الدموية لتقوم بواجبها المهم فى محاربة العدوى

وقصارى القول أن هذا النوع من المناعة يتوقف على ازدياد سريع وحاسم فى قوى الدفاع بالجسم الكامنة فيه والتى تختلف شدة وضعفاً بحسب حالة المريض الصحية وهى عظيمة الاهمية فى حياة الانسان اذ بواسطتها يتغلب الجسم على الميكروبات التى يمتصها باستمرار من اللثة والامعاء دون ظهور أى عارض مرضى . ثم فى حالة العدوى الجسيمة تقوم بواجب الحارس الاول فى الدفاع عن الجسم ومقاومة

المرض ريثما تتمكن العوامل النوعية من التكون والظهور بكمية تكفي لايقاف المرض .

أشعر بأني قد أطلت على حضراتكم الكلام ولكن أهمية الموضوع تشفع لى فى ذلك والآن انتقل الى الكلام على الاومنادين

تركيبه — هو خليط من مواد بروتينية لها قدرة عجيبة على زيادة مقاومة الجسم مع بعض مواد لبيو يدية (Lipoid) ودهنية

ويستعمل فى كثير من الحالات المرضية المصحوبة بارتفاع فى الحرارة حيث يراد احداث زيادة سريعة فى قوى الجسم الدفاعية (احداث مناعه غير نوعية) بدىء باستعماله فى المستشفى فى العام الماضى فكان يحقن به المرضى بأمراض ميكروبية حادة كالانفلونزا والالتهاب الرئوى والتهاب اللوزتين وكانت النتائج باهرة فى كثير من الحالات مما شجعنى على تجربة استعماله فى الحمرة ، وهى كما تعلمون حضراتكم مرض مكروبى خطر ، وقد ساعدنى اشرافى على قسم الحمرة ، بالمستشفى على تتبع عدد عظيم من الحالات بحيث صار فى استطاعتى أن أكوّن رأياً صحيحاً فى هذا الموضوع

كنا قبل استعمال الامنادين نعالج كل حالات الحمرة علاجاً نوعياً وذلك بحقن المريض بمقادير من الفاكسين العنقودى والسبحى والمصل ضد السبحى تختلف باختلاف سن المريض وشدة الحالة وذلك خلافاً للعلاجات الموضعية ، ولما فكرت فى استعمال الامنادين بدأت بتجربته فى الحالات البسيطة التى تكون الحمرة فيها قاصرة على الاطراف وأعراض التسمم الدموى خفيفة وقد صادفت هذه التجربة نجاحاً باهراً فكانت الحرارة تنخفض سريعاً عقب أول حقنة ويشفى المريض . وقد شجعنى ذلك على تجربته فى الحالات الشديدة كحمرة الوجه وفروة الرأس وهى الحالات المصحوبة باعراض تسمم دموى عفن شديدة الا أنى من قبيل الاحتياط كنت أعطى مع الاومنادين عشرين أوثلاثين سنتيمتراً مكعباً من المصل ضد السبحى فى العضلات ، الا أنى وجدت فيما بعد أنه لا ضرورة لهذا الاحتياط

أن النتائج الحاصلة من اعطاء الامنـادين فقط تكاد لا تختلف فى شىء عما لو أعطى مع المصل

والامنادين كما ذكرت لحضراتكم مركب بروتيدى يتوقف تأثيره فى الجسم على الصدمة البروتينية التى يحدثها وترتفع الحرارة قليلا بعـد الحقن ثم تأخذ فى الانخفاض وكذلك يتكاثر عدد الكرات البيضاء بالدم كما هى الحال مع حقن اللبن والفاكسين ضد التيفود وغيرها من أنواع الـ (Protien therapy)

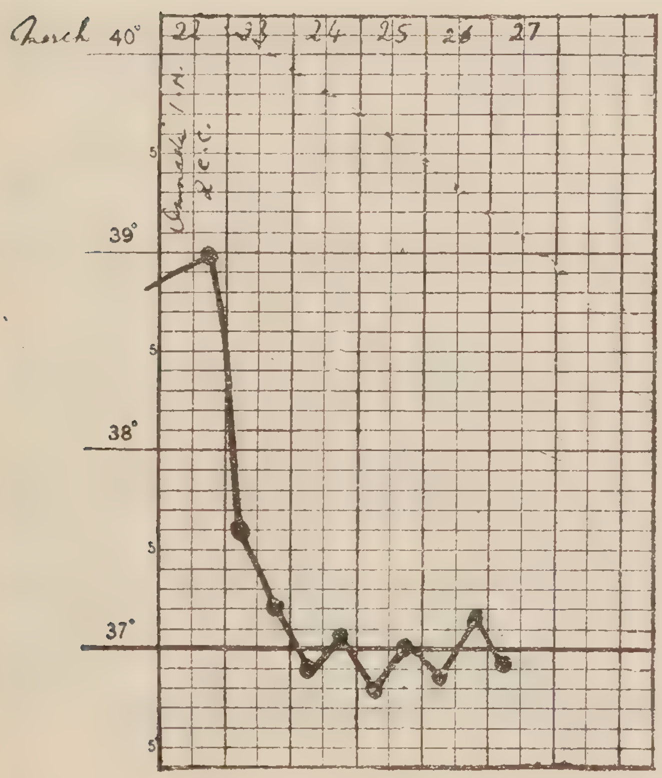
المقدار . يعطى المريض ٢ سم من الامنادين (محتويات أمبول واحدة) حقناً فى العضلات ويكرر ذلك اذا استدعت حالة المريض

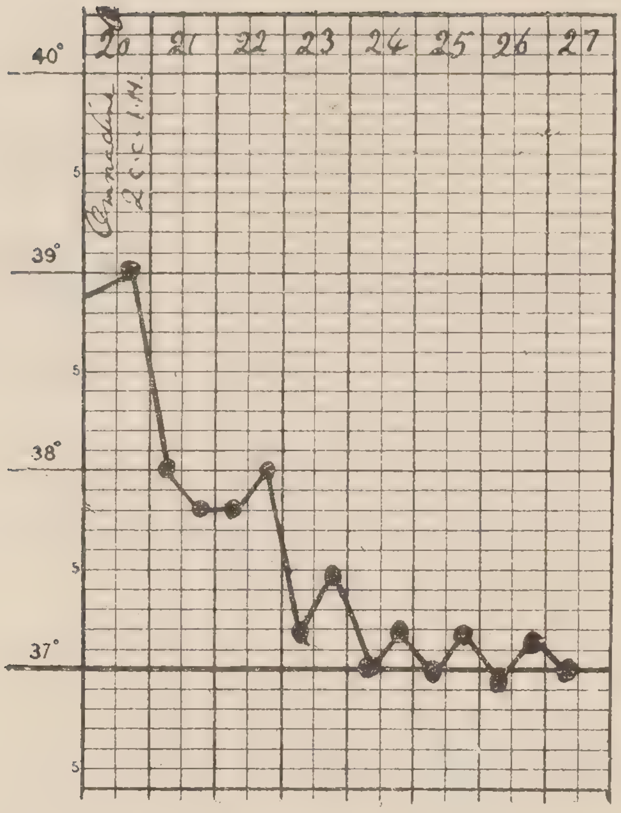
النتـائج . تختلف النتائج التى حصلت عليها باختلاف شدة المرض ويمكن تقسيمهـا الى ثلاثة أقسام ففى القسم الاول كانت الحرارة تنخفض عقب الحقنة بسرعة ولا ترتفع ثانية وهكذا كانت الحالة مع أغلب المرضى . القسم الثانى كانت الحرارة تنخفض بعد الحقنة الا أنها كانت ترتفع قليلا بعد ذلك ثم تعود فتنخفض حتى تصير طبيعية دو احتياج الى تكرار الحقنة أما فى القسم الثالث وهو يشمل الحالات الشديدة فان الحرارة كانت تنخفض عقب أول حقنـة ثم تعود وترتفع كثيراً بعد ذلك فكنت اضطر لتكرار الحقنة مرة أو اثنتين أو أكثر حتى تصير الحرارة طبيعية وانى أورد لحضراتكم مثالا من كل قسم

القسم الاول — حالات خفيفة

نفيسة شافعى نمرة ٣٠١٢ أدخلت المستشفى فى ٢٢ مارس كحالة حمرة بالساق

لاحظ انخفاض الحرارة السريع عقب الحقنـة ووصولهـا للدرجة الطبيعية ثانى يوم

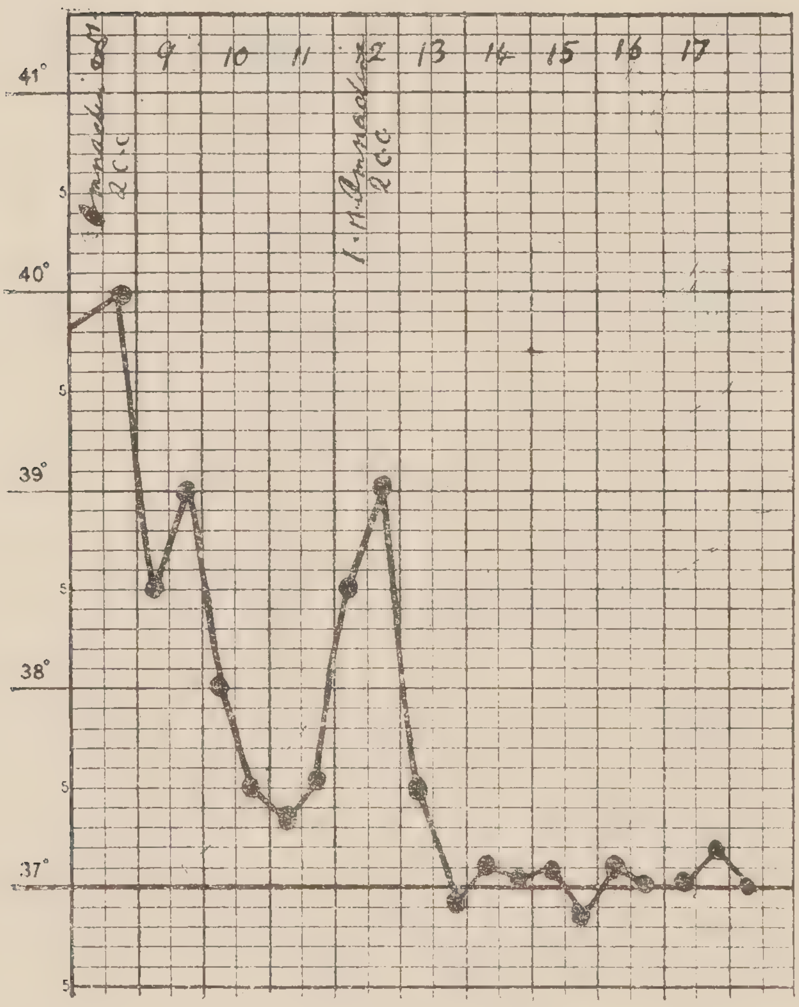




القسم الثانى

حالات متوسطة

ابراهيم فارس نمرة ٦٩٩٨ دخل المستشفى يوم ٢٠/٦ كحالة حمرة بالوجه



القسم الثالث

الحالات الشديدة

هانم عيسوى نمرة ٦٤٧٣ دخلت المستشفى يوم ٢٦/٦/٨ كحالة حمرة شديدة بالذراع والمرفق الايسر مصحوبة بأعراض تسمم دموى شديد

الاحصائيات

وانى أورد لحضراتكم بياناً عن الحالات التى عولجت بالمستشفى سنتى ١٩٢٤ و ١٩٢٥ والاربعة أشهر الاولى من سنة ١٩٢٦ حين كان يستعمل العلاج القديم النوعى وكذا الحالات التى عولجت من شهر مايو الى آخر أكتوبر من هذا العام حيث استعمل الاومنادين كطريقة للعلاج

السنة		جديد	وفيات	النسبة المئوية
١٩٢٤		١٤١	٢٤	١٧ ٪
١٩٢٥		١٢٧	١٥	٨ر١١ ٪
١٩٢٦	يناير	١٧	٢	
	فبراير	٢٠	٣	٩ر١٠ ٪
	مارس	٢٩	٣	
	ابريل	٢٥	٢	
	مايو بدء استعمال الاومنادين في كل الحالات	٢٩	٣	
	يونيه	٣٦	٢	
	يوليه	٣٧	٣	٣ر١١ ٪
	أغسطس	٢٧	٦	
	سبتمبر	٢٦	٤	
	أكتوبر	١٣	١	

عدد حالات حمرة الوجه أو الرأس

السنة		جديد	وفيات	النسبة المئوية
١٩٢٥		٣٢	٦	٨ر١٨ ٪
١٩٢٦	من يناير لآخر ابريل	٢٧	٤	١٥ ٪
١٩٢٦	من مايو لآخر أكتوبر	٤٦	٤	٦ر٨ ٪

« الخلاصة »

يمكننا أن نستخلص من البيانات السابقة النقطة الآتية الهامة

(أولا) أن الامنادين كعلاج للحمرة أتى بنتائج باهرة لا تقل عن العلاج

النوعى فأن نسبة الوفيات فى الحالتين للمرضى تكاد تكون واحدة وتتراوح بين ١١ و ١٢ فى المائة

(ثانياً) أنه فى الحالات الشديدة كحالات حمرة الوجه وفروة الرأس كانت النتائج أحسن اذ قلت نسبة الوفيات من ١٨ الى ٦ر٨ ٪

(ثالثاً) أنه لم تحصل أية نتائج سيئة من الحقن نفسها كما هى الحال فى بعض الحالات التى تعالج بالمصل

(رابعاً) أنه ان كانت هناك ميزة لاحد العلاجين على الآخر فهى للامنادين اذ أنه أرخص بكثير من المصل والفاكسين كما أن المقدار بسيط يمكن اعطاؤه بحقنة اعتيادية

وختاماً أشكركم كثيراً على سماعكم المحاضرة والسلام

اسباب الحمرة وعلاجها النوعى

للدكتور (كنراد بيركهوج) بنيويورك

يقول الدكتور بيركهوج أنه منذ سنتين مضتا كان فى أمكانه أن يظهر بواسطة طرق التجمع والامتصاص ان ٩١ فى المائة من أنواع الاستربتوكوكس ، الذى يذيب كريات الدم والمسبب للحمرة المفصول من حالات حمرة مؤكدة ، تقع فى فصيلة واحدة . وان هذه الفصيلة يمكن تمييزها لاول وهلة عن أنواع الاستربتوكوكس المذيب لكريات الدم الاخرى . وقد حقن أرانب فأصيبت بالحمرة . وان الحالات الباتولوجية توافق كل الموافقة الحالات التى شوهدت فى الانسان عند اصابته بهذا المرض . ووجد أيضاً أنه بواسطة حقن فى الجلد من مصل مضاد للحمرة مأخوذ من استربتوكوكس الحمرة يمنع انتشار الالتهاب الموضعى . ووجد أيضاً أنه بواسطة حقن تحت الجلد أو داخل الاوردة تتسبب مناعة الحيوانات ضد كمية استربتوكوكس مسبب للحمرة . ولكن ليس ضد الانواع الاخرى من الاستربتوكوكس . وبفحص السم المستخرج من ميكروب الحمرة وجد أن الكمية المعطاة فى الجلد وقدرها ١ سنتيمتر مكعب من محلول ٠٠٠١و٠ من مرشح السموم تسبب عند الاشخاص القابلين للمرض التهاباً يشابه الالتهاب الذى وجد فى تجربتى شيك وديك . وقد أمكن منع هذه الالتهابات بواسطة مزج الكمية التى تحقن فى الجلد بكمية مساوية للمصل المأخوذ من مرضى ناقهين من الحمى . أو مع ٠٠٠١و٠ سنتيمتراً مكعباً من المصل مأخوذ من أرنب أو حمار عندهما مناعة ضد هذا المرض

وقام الدكتور بيركهوج بعد ذلك بتجربة نتائج مصل استربتوكوكس الحمرة فى حالات اكلينيكية . وقد لقح لهذا الغرض حصاناً وحماراً وجعل عندهما مناعة

حسب طريقة دوشيه . وقد أجريت التجارب حتى الآن فى ٦٠ مريضاً وكان متوسط الكمية ١٠٠ سنتيمتر مكعب من المصل غير المركز و ١٥ سنتيمتراً مكعباً من المصل المركز . وفى ثمان حالات فقط أعطى أكثر من مقدار واحد . وكانت أهم نتيجة هى التحسن السريع فى حالة المريض التسممية وتبع هذا — اذا كان المصل قد أعطى مبكراً فى ابتداء المرض — هبوط سريع فى الحمى وزوال التغيرات المرضية الموضعية للحمرة بسرعة . وكذلك تحسن الاوزيما والحويصلات التى تصحبها عادة

وأورى الدكتور بيركهوج بواسطة الفانوس السحرى عدة أحوال حمرة فى الارنب والانسان يعزز بها نتيجة العلاج

البول السكرى الكلوى

للاستاذ رازى وجولين مارى

قام بترجمتها الدكتور عبد الحميد جوهر عن مجلة الموند مدكال

ان المقصود بالبول السكرى الكلوى هو تلك الحالات المصحوبة ببول سكرى وليست مصحوبة بزيادة مقدار السكر فى الدم فانك تجد فى بول الشخص المصاب به ، السكر بكميات كبيرة فاذا ما فحصت الدم وجدت كمية السكر عادية ومن الأسف أنه كثيراً ما يخلط بين هذا و بين مرض البول السكرى الحقيقى فطالما اعتبرت حالات من النوع الأخير بولا سكريا كلويا ولا شك أن هذا خطأ له كل تأثيره على المريض فان الانذار والعلاج فى النوع الاول يختلفان كل الاختلاف عنهما فى النوع الثانى وسنبدأ هنا بذكر نبذة صغيرة عن تاريخ المرض ثم نتكلم عن السبب والتشريح المرضى والانذار والعلاج

التاريخ

انه من الصعب جداً أن نعطى تاريخاً مضبوطاً عن هـذا المرض ولا شك أن كثيراً من الحالات التى وضعت تحت هذا الاسم لم تكن فى الحقيقة سوى حالات بول سكرى حقيقى . و يعزى السبب فى ذلك الى عاملين (أولا) الاختلاف فى الحد الذى يمكن أن تصل اليه كمية السكر فى الدم فبينما كلود برنارد يقول أن السكر لا يظهر فى البول الا اذا وصل مقداره فى الدم الى ٣ جرامات فى الالف نرى أن غيره يقدر ذلك بمقدار ٢ وآخرون بمقدار ٨ر١ ولكنه اتضح أخيراً أن كل هذه المقادير مبالغ فيها وأن تلك الحالات التى اعتبرت بناء على هذا التقدير بولا سكريا كلويا لم تكن فى الحقيقة سوى بولا سكريا حقيقيا

(ثانياً) أن الطرق المستعملة لفحص السكر فى الدم لم تكن مضبوطة ولا يصح الاعتماد عليها

وجملة القول أنه يمكننا أن نجمل تاريخ هذا فى أنه لم يتم اكتشافه الا فى المعمل فبينما كان (فون مرنج) يعمل ابحاثه عن البول السكرى المسبب عن اعطاء الفلورزين لاحظ أن كمية السكر فى البول ازدادت كثيراً ولـكنها لم تزد فى الدم وكانت هذه أول تجربة عملت على علاقة السكر بالكلى ومنذ ذلك الحين ابتدأ الاطباء يدرسونها بالنسبة للانسان

وقد كتب (مريان) عن تاريخ هذا المرض قائلا أن أول من اشتغل بهذا الموضوع هو (كلمبرر) وكان ذلك فى سنة ١٨٩٦ ولكن الحقيقة أن الفضل فى ذلك يرجع الى (لا پين) الذى ذكر عدة حالات مصحوبة بسكر فى البول بدون أن يقابل ذلك زيادة مقدار السكر فى الدم فأتى بعده (كلمبرر) وذكر هـذه الحالات وأطلق عليها اسم البول السكرى الكلوى الذى قد استعمل الى وقتنا هذا

ولو أنه فى الحقيقة ليس بالاسم المناسب وفى سنة ١٩٠٥ وصف (ديڤور) نوعاً من البول السكرى سماه البول السكرى غير المصحوب بزيادة السكر فى الدم (diabète aglycemique) الا أنه اتخذ لذلك حداً عالياً للسكر فى الدم. ولاشك أن بعض الحالات التى وضعها لم تكن فى الحقيقة سوى بولا سكريا حقيقيا. وفى السنين التى تلت وصف كل من (ريتشر وليدنج وبوننجر) حالات من هذا النوع الا أنه بالنسبة لتحسين الطريقة المتبعة لتقدير السكر فى الدم اتضح أخيراً أن الحد الذى كان يعتمد عليه والذى يعتبر طبيعياً كان عالياً جداً ولذلك بدأوا يشكون فى جميع الحالات التى وضعت تحت هذا الاسم بل وقد أنكر الكثيرون وجود شيء يصح أن يطلق عليه هذا الاسم بتاتاً . ولكنه اتضح فى العشر سنوات الاخيرة من الحالات التى درست فى أبانها أنه توجد حقيقة أحوال مصحوبة ببول سكرى دون زيادة السكر فى الدم (diabète aglycemique) وأنه على ذلك يصح أن نعترف ولو مؤقتاً بوجود ما يسمى بولا سكريا كلويا ولو أنه فى الحقيقة يظهر أن مثل هذه الحالات نادرة وأنه لا يجب تشخيصها نهائياً الا بعد التأكد بالطرق المضبوطة من أنه لا يوجد زيادة فى مقدار السكر فى الدم وأن عملية تحويل واستخدام والاستفادة من هيدرات الكاربون آخذة مجراها الطبيعى . هذا ولن يفوتنا أن نذكر أنه بعكس البول السكرى الكلوى توجد حالات يرتفع فيها مقدار السكر فى الدم لدرجة كبيرة مع عدم ظهوره فى البول

التشخيص

العلامات التى يجب أن نجدها فى أحوال البول السكرى الكلوى

١) مقدار السكر فى الدم عادى أو أقل من العادى بقليل

٢) وجود السكر فى البول

٣) عدم تأثر مقدار السكر فى الدم بدرجة غير طبيعية بعد اعطاء كمية كبيرة من السكر

٤) عدم تأثر كمية السكر فى البول بعد تناول الجلوسيد

هذا و يقول (مريان) أيضاً أن بعض العلامات الاكلينيكية للبول السكرى الحقيقى مثل زيادة التبول والعطش وخلافهما غير موجودة فى أحوال البول السكرى الكلوى ولكن هذه النقطة ليست على شىء من الاهمية وخصوصاً اذا تذكرنا أن حالات كثيرة من البول السكرى الحقيقى غير مصحوبة بهذه العلامات كما أنها موجودة فى أمراض كثيرة غير البول السكرى الحقيقى

والآن فلنبدأ بدراسة العلامات السابق ذكرها ببعض التفصيل

أولا — مقدار السكر فى الدم عادى أو أقل من العادى بقليل

أننا نعتمد على أن المقدار الطبيعى للسكر فى الدم هو ١ الى ١ر١ وذلك بناء على النتائج التى حصل عليها أحدنا من عدة أحوال فحصت بدقة وفضلا عن ذلك فان هذا العدد يتفق مع ما وصل اليه أكثر الباحثين ولذلك فاننا لا نعتبر الحالات التى يصل فيها السكر فى الدم الى أكثر من هذا الحد أحوال بول سكرى كلوى . ولا شك عندنا أن تلك الحالات التى اعتبرها غيرنا كذلك لم تكن فى الحقيقة سوى بولا سكريا حقيقيا وخصوصاً اذا تذكرنا أن هناك أحوال بول سكرى حقيقى قد يكون فيها مقدار السكر فى الدم أقل من ٢ بكثير

ربما ظهر لاول وهلة أننا نذهب بعيداً فى حكمنا على كل حالة بول سكرى يزيد فيها مقدار السكر فى الدم عن ١ر١ أنها ليست من النوع الكلوى ولكننا سنشرح فيما بعد امكان ذلك وقد ذكر الكثيرون أنهم رأوا حالات كان فيها مقدار السكر فى الدم ٤ر٠ ، ٥٨ر٠ ، ٦١ر٠ ولكننا نصرح أننا لم نر شخصياً حالة من هذا النوع الا أننا لا ننكر امكان وجودها ولكننا فى الوقت نفسه لا يسعنا

الا أن نؤكد أن طرق فحص السكر فى الدم صعبة نوعاً وقد استعمل الكثيرون طرقاً ناقصة بنوا عليها تقديراً كان أكثر أو أقل من الحقيقة بكثير أما الطرق الدقيقة المستعملة الآن فهى تحتاج الى عناية ودقة شديدتين للوصول الى نتيجة صحيحة بل ولا شك أن بعض هذه الطرق لا يمكن بالمرة الاعتماد عليها

هذا وفضلا عن العناية التى يجب اتخاذها فى أخذ عينة الدم يجب فحص البول فى الوقت نفسه وذلك بجمع البول فى مدة نصف ساعة وأخذ الدم فى منتصف هذه المدة أى بعد ربع ساعة ولا يكفى مطلقاً فحص بول ٢٤ ساعة كما يحدث أحياناً

ثانياً) وجود السكر فى البول

قليلا ما تزيد كمية السكر فى البول عن ٢٠ جم فى اللتر ولو أن هناك حالات وصل فيها مقدار السكر الى ٥٨ ، ١٢٢ جم ولكنها عادة تتراوح بين ٥ ، ١٥ جم فى اللتر

(ثالثاً) عدم تأثر مقدار السكر فى الدم بدرجة غير طبيعية بعد اعطاء مقادير كبيرة من السكر

لقد درس هذه المسألة الكثيرون وأشار بعضهم باعطاء المريض ١٥٠ جم من السكر (الجلوكوز) ثم درس تأثيرها وقد اتبع هذه الطريقة مع تغيير بسيط أطباء عديدون فى فرنسا وأمريكا فكانت النتيجة دائما أنه فى حالة الشخص السليم يرتفع مقدار السكر فى الدم بدرجة بسيطة ثم يرجع الى مقداره الطبيعى بعد وقت قصير (ساعتين) أما فى أحوال البول السكرى الحقيقى فان المقدار يرتفع الى درجة كبيرة أو يبقى مرتفعاً ارتفاعا بسيطاً ولا يرجع الى درجته العادية الا بعد وقت طويل وفى حالة البول السكرى الكلوى يجب أن تكون النتيجة مقابلة لما نجده فى حالة الشخص السليم

رابعاً) عدم تأثر السكر فى البول بتعاطى الجلوسيد (glucides)

قد يظهر السكر فى بول الشخص السليم اذا تناول مقدارا كبيراً منه وقد علل بعضهم هذا بنقص فى وظيفة الكبد وأطلقوا عليه اسم البول السكرى الغذائى (glucosurie alimentaire) ولكنه تعليل لم يصادف قبولا فان كل شخص سواء أكان مصابا بالبول السكرى أم سليما له حد يمكنه أن يستنفد معه ما يأخذه من السكر قبل أن يظهر هذا فى البول وهناك من هذه الوجهة درجات متوسطة بين الشخص العادى والشخص المصاب بالبول السكرى الحقيقى أما فى الشخص المصاب بالبول السكرى من النوع الكلوى فان كمية السكر فى البول عنده لا تتأثر بزيادة مقدار السكر الذى يتناوله تدريجياً ولكن بكميات معتدلة وبعبارة أخرى فان كمية السكر فى البول تبقى دائماً كما هى سواء زيد مقدار السكر الذى يتناوله أم لم يزد وهذا بخلاف أحوال البول السكرى الحقيقى اذ أن المريض هنا يمكنه أن يتحمل لدرجة ما يأخذه من السكر فاذا ما زيد المقدار عن ذلك ظهر بكميات كبيرة فى البول بل وهناك من يقول أن فى بعض أحوال النوع الكلوى يختفى السكر من البول كله باعطاء مقدار من السكر بالفم بينما هو يزداد باعطاء المواد الزلالية

السبب : يقول الكثيرون أن البول السكرى الكلوى وراثى ويقول آخرون أنه قد يكون ثانويا لاصابة الكلى بالتهاب مزمن وقد قرر فعلا بعض الاطباء وجود حالات التهاب كلوى مزمن مصحوب ببول سكرى بدون زيادة فى كمية السكر فى الدم الا أنهم وجدوا أيضاً فى بعض هذه الحالات زلالا فى البول ووجدوا أن افراز البولينا كان أقل مما يجب ووجدوا فى حالات أخرى البول الزلالى مصحوبا باسطوانات بولية كما أقروا أيضاً أنهم تحققوا فى بعض هذه الحالات من أن كمية السكر فى الدم كانت أكثر من الكمية العادية وفى هذه الحالة لا يصح أن نطلق عليها اسم النوع الكلوى أما من جهتنا نحن فاننا لم نر حالة واحدة من أحوال

الالتهاب الكلوى المزمن مصحوبة ببول سكرى دون زيادة مقدار السكر فى الدم ولو أننا رأينا بعض حالات كانت كمية السكر فى الدم فيها مرتفعة ولكنه فى البول كان معدوماً أو موجوداً بكمية قليلة جداً

وقد لاحظ (لابيه) اصطحاب بعض هذه الاحوال بنقص فى وظيفة الكبد كما أشار (هينز) الى علاقة هذا النوع بالمبيض عند المرأة وقال أنه يكثر فى أحوال الحمل ولكن رأيه هذا لم يصادف قبولا

الفسيولوجيا المرضية :

ان البول السكرى الكلوى هو كما أسلفنا افراز السكر فى البول بدون زيادة كمية السكر فى الدم وليس له أية علاقة بعملية تحويل هيدرات الكاربون وقد درس هذه المسألة (فنلى ورو بنوفيتش) و برهنا على أن هذه العملية عند المصابين بالنوع الكلوى طبيعية ومن هذا يتضح أنه ناشئ من ترشيح السكر من الكلى التى لسبب ما لا يمكنها أن تمنعه من المرور (perméabilité anormale du rein au glucose)

وسندرس هنا النقطتين الآتيتين

١) ما هى الطريقة التى نعلل بها والسبب الذى يرجع اليه مرور السكر من الكلى بشكل غير طبيعى

٢) هل يمكننا أن نعتبر البول السكرى مرضاً قائماً بذاته وأن نضعه نهائياً تحت هذا الاسم

ولنبدأ أولا بالنقطة الاولى فنقول أن هناك نظريات كثيرة لشرح هذه المسألة بعضها يتخذ الكلى أساساً لنظريته والبعض الآخر يعللها بسبب خارج الكلى أما النظريات الاولى فهى مهما اختلفت تتفق كلها فى أن النقص لا بد أن يكون من جهة الانابيب المنحنية (tube contourné) فلو سلمنا بالنظرية القائلة

بأن جمع الكلى (glomirule) فرز كل محتويات السائل المصلى للدم وأن هذه الانابيب تعود فتمتص منها بعض محتوياتها كالماء وكلورور الصوديوم والجلوكوز فان أفراز السكر فى البول يكون فى هذه الحالة ناشئاً عن نقص فى قوة امتصاص هذه المادة بواسطة تلك الانابيب واذا قلنا بأن العامل الحقيقى والمهم فى عملية افراز البول بواسطة الكلى يرجع الى تلك الانابيب فيكون بالتالى افراز السكر فى البول مسبباً عن نقص فى وظيفة تلك الانابيب أيضاً وبذلك أصبحت نقطة التساؤل من الوجهة التشريحية المرضية هى ما الذى أصاب تلك الأنابيب فغير وظيفتها بتلك الصفة ؟ اما أن تكون نتيجة التهاب كلوى حقيقى تسبب عنه افراز مادة فى البول تقابل الفلوريزين لها تأثير مرضى على تلك الانابيب لا يمكن اكتشافه حتى بالميكروسكوب واما أن يكون السبب فى الحقيقة هو سبب وظيفى فقط (fonctionnel) وأن الأنابيب ليس بها شىء سوى حساسية شديدة كالتى نجدها فى أحوال البول الزلالى من النوع نفسه (الوظيفى fonctionnel)

أما النظريات التى تعتمد على سبب خارج الكلى فهى كثيرة و بعضها تقول أن السبب يتعلق بالجهاز العصبى والآخر يقول أنها نتيجة قلة افراز الكلسيوم فى الدم فكلما قل مقداره فى الدم زاد مروره فى الكلى وغيرها تقول أن المواد البروتيديه التى سبق أن قلنا أنها تزيد افراز السكر فى البول فى أحوال البول السكرى الكلوى هى التى تهيج الكلى فتجعلها تفرز السكر بكميات كبيرة والبعض تشير الى علاقة المبيض والحمل بظهور هذا المرض وقصارى القول فان كل هذه النظريات متضاربة ولكنها تكاد تكون متفقة فى أن السبب الحقيقى يرجع الى الانابيب السابق ذكرها

أما النقطة الثانية وهى هل يمكننا اعتبار البول السكرى الكلوى مرضاً قائما بنفسه فنقول بالاختصار بأن ذوى الرأى يرون أننا اذا اعتبرنا هذه الحالة مرضاً

مستقلا فيجب أن يكون ذلك بمنتهى التحفظ ولابد أن نذكر النقط الآتية قبل أن نطلق عليها هذا الاسم

أولا) أن لا نعتبر الحالة من النوع الكلوى الا بعد أن تتوفر جميع الشروط السابق ذكرها

ثانياً) أن اختلاف الحد الذى يصل اليه السكر فى الدم يحتم علينا أن نلاحظ مثل هذه الحالات بكل عناية اذ لا شك أن هناك أحوالا شخصت كأنها من النوع الكلوى وهى فى الحقيقة لم تكن سوى حالات بول سكرى حقيقى

والسبب الذى ألجأهم الى هذا التحفظ هو ما قد يراه الطبيب فى بعض أحوال البول السكرى الحقيقى حيث يختلف مقدار السكر فى الدم بدرجات لا تتفق مع مقداره فى البول السكرى فبينما يكون السكر فى البول مرتفعاً قد نرى أن كميته فى الدم لا تزيد عن الكمية العادية بشىء يذكر مما يجعل الانسان يعتقد أن المريض قد يجمع بين المرضين ان صح أن نسمى النوع الكلوى مرضاً قائماً بنفسه ولكن حالات أخرى وابحاث طويلة جعلتهم يعتقدون أن خلايا الكلى عندها خاصية افراز السكر لدرجة ما سواء فى البول السكرى الحقيقى أو غيره وأن هذه الخاصية تختلف باختلاف الاحوال أما الحد الذى يمكن أن يصل اليه السكر فى الدم فهو يمتاز فى الاحوال العادية بأنه أكثر مرونة منه فى أحوال السكر وليس من السهل أن نعلل الآن الاختلافات التى نراها من هذه الوجهة وهى نقطة لا زالت قيد البحث

الانذار

الانذار فى هذه الاحوال حميد ولكن لا يجب أن نهمل وضع المريض تحت المراقبة طويلا و بذل كل عناية للتأكد من أن الحالة ليست بولا سكريا حقيقيا

وفضلا عن ذلك فلنذكر دائماً أن أحوال البول السكرى الكلوى قد تحولت بعد وقت الى بول سكرى حقيقى

العلاج

يجب ملاحظة المريض كما ذكرنا وهو يحتاج الى طعام خلاف الطعام المستعمل فى أحوال البول السكرى الحقيقى فهنا يمكن اعطاء المريض المواد السكرية التى يتحملها بسهولة بعكس المواد البروتيدية و ينصح (كمبيرج) باعطائه الكالسيوم و يقول (لابيه) أنه حصل على نتائج جيدة بحقنه محلول كلورور الكالسيوم فى الوريد ولو أن (كاستكس) يقول بأنه لم يحصل على أية فائدة من هذه الطريقة و ينصح (كمبيرج) أيضاً باعطائه البراثيرويد (parathyroid) هذا ويجب ملاحظة الامعاء واعطاء الملينات عند الحاجة اليها م

قسم الولادة بمستشفى جامعة زوريخ

للدكتور محمود فضلى سليم

الحوامل

١ — تقوم العيادة الخارجية بالفحص الاولى للحوامل وتكتب لهم المشاهدات اللازمة وتقرر لهم بالتقريب موعد الوضع

٢ — تحضر السيدة الحامل من آن لآخر لمراقبة حالة الحمل

٣ — اذا أصيبت بأى مرض (يختص بأمراض النساء) تعالج فى المستشفى (على حسابها) أو فى أية عيادة أخرى

٤ — تؤمر الحامل بأن تمتنع عن الجماع من أول الشهر السابع حتى الوضع

٥ — يعمل لها فحص الدم Wassermann وفحص البول

٦ — يعمل لها قبل الوضع فحص بكتريولوجى عن (السيلان)

٧ — اذا حضرت الحامل للوضع فتعطى سريراً فى حجرة معدة للجديدات حتى يفحصن من كل وجهة . فاذا وجد أنها سليمة من كل الامراض المعدية تنقل الى حجرة المستشفى المعدة لرقاد الحوامل

٨ — اذا شعرت بقرب الوضع نهائياً تنقل الى صالة الولادة

فى حالة الولادة

٩ — تحضر الحامل ومعها كل الاوراق (دوسيه) الخاصة بأمراضها وحالتها من يوم أن عرضت نفسها فى المستشفى

١٠ — لا تفحص الحامل قبل الولادة مباشرة من المهبل بل من المستقيم بواسطة القفاز الخاص واسمه باسم الاستاذ ديدرلين وهو ذو أصبعين فقط للسبابة والابهام

١١ — يقرر المولد أو المولدة حالة فتحة عنق الرحم ونوع وضع الجنين

١٢ — الولادة على السرير المعد لذلك وهو سرير اسبتاليات عادى يفرش بالمشمع وعليه غطاء معقم وتمسح الانخاذ والبطن بمادة مطهرة حتى تكون معقمة بقدر الامكان

١٣ — يؤخذ قليل من البول بواسطة القسطرة قبل الولادة مباشرة للفحص ويراعى بأن يكون فى أنبوبة معقمة

فى أثناء الولادة و بعدها

١٤ — أولا : لا تربط السرة بواسطة الخيط وانما بواسطة مقص شريانى حيث يبقى الى أن يسقط من نفسه ولا يفك الرباط قبل خمسة أيام لرؤية حالتها وبهذه الواسطة أمكن الحصول على نتيجة ١٠٠٪ فى عدم وجود أى عدوى فى السرة

ثانياً : المشيمة اذا لم تنزل من نفسها بعد مضى ٣٠ دقيقة تعطى الحامل حقنة Pitroglandol فاذا لم تنزل بعد عشرين دقيقة تعطى حقنة أخرى فاذا لم تنزل بعد ذلك يمكن عمل مساعدة بضغط الرحم من الخارج بواسطة اليد

ثالثاً : لا يعمل غسيل مطلقا بعد نزول المشيمة

رابعاً : يغطى عضو التناسل بفوطة معقمة وتغير كل المفارش المبلولة

خامساً : يؤخذ من دم المشيمة عينة لفحصه

سادساً : تفحص المشيمة بواسطة حقن الشرايين بمزيج من اللبن والماء حتى يمكن معرفة ما اذا كان هناك جزء ناقص منه موجود فى الرحم

سابعاً : تعطى الام شايا ولبنا و بسكوتا لمدة ٦ ساعات بعد الوضع ثم بعد ذلك تأكل الاكل العادى

ثامناً : تنقل الى صالة النساء الوالدات

١٤ — الطفل المولود

أولا : بعد ولادته مباشرة توضع له قطرة بروترجول أو ارجيرول أو نترات الفضة ثم الميزان وقياس الابعاد المختلفة للرأس والصدر وطول الطفل

ثانياً : يدهن بزيت زيتون

ثالثاً : يعمل له حمام ساخن و يغسل بالصابون و بقطعة شاش

رابعاً : يعطى ملابس من المستشفى وتوضع فى ذراعه نمرة وتعطى نفس النمرة للأم

خامساً : يوضع الطفل مدة ساعة أو اثنتين فى حامل عبارة عن سرير صغير معلق فى رأس سرير الام حتى لا تحرم الام من وجوده بجانبها خصوصاً بعد تعب الحمل والولادة وليخفف وجوده عنها ذلك التعب ثم بعد ذلك يحمل الطفل الى الصالة الخاصة بالاطفال الذين يمكثون بها مدة شهر أو شهر ونصف أو أقل من ذلك على حسب رغبة الام وعلى حسب حالتها الصحية

سادساً : فى أول يوم يعطى الطفل شايا محلى بقليل من السكر وذلك لمدة أربعة وعشرين ساعة ثم بعد ذلك ترضعه الام من لبنها حيث يحمل لها فى مواعيد الرضاعة وعددها فى الشهر الاول ست مرات

والغرض من اعطاء الطفل شاى هو أن يكون ما يتعاطاه الطفل ماء مغلياً ومحلى بالسكر حتى تقبله نفسه وذلك لتنظيف المعدة والامعاء مما يكون قد امتصه أثناء وجوده داخل الكيس فى رحم الام فى المدة الاخيرة من الحمل

سابعاً : يكتب اسم الطفل فى سجل المستشفى الخاص بالمولودين ومنه يبلغ خبر ولادته وذلك على الاكثر فى بحر يومين الى الجهة المختصة بتسجيل المواليد

و يقيد فى الدفتر اسم الأم وصناعتها وعمرها وعدد ولاداتها وحالة الدم وأما اسم الاب فلا يذكر لاسباب اجتماعية وذلك فى العهد الاخير فقط

ثامنا : يلاحظ عند الولادة مباشرة امتصاص المواد الغريبة الموجودة فى فم وأنف الطفل حتى يستطيع التنفس ثم تعمل له عملية التنفس الصناعى اذا احتاج الأمر لذلك

القائمين بالعمل فى صالة الولادة

عدد ٢ أطباء

« ٨ قابلات

« ٨ مساعدات قابلات

« ٤ ممرضات

« ٤ خادمات

العمل طول الليل والنهار و يتناوب فيه نصف الموجودين أو الثلث على حسب ما يتراءى للقائمين بالعمل أنفسهم

واجبات القائمين بالعمل

الطبيب : أولا — لا يبارح المستشفى فى مدة عمله ولا يرتدى ملابسه العادية وانما ملابس بيضاء مثل الملابس العادية أى بدلة تيل أبيض وقميص أبيض وچوراب أبيض

ثانياً : الاستحمام يكون يومياً كذلك الحلاقة و يجب أن تكون الاظافر قصيرة جداً بقدر الامكان

ثالثاً . عدم الاختلاط أو الدخول فى صالات بها مرضى مصابين بأمراض معدية

رابعاً : عدم الاختلاط بالنساء الا اذا كان متزوجاً وكتابة شهادة واقرار منه بذلك وانه سليم من كل الامراض السرية وهو مسئول ومتضامن مع باقى القائمين بالعمل عن كل اصابة تسببت للأم بعد الوضع (أى مرض سرى)

خامساً : أن يكون مستعداً للعمل أثناء الليل والنهار وله حجرة خاصة فى

نفس الطابق الموجودة به صالة الولادة

سادساً : يقوم بعملية التوليد اذا كان عدد القابلات لا يكفى لانجاز العمل وبخلاف ذلك يقوم بفحص كل حالة قبل الولادة فحصاً طبياً كاملا و يكتب المشاهدات بنفسه

يقوم بعمليـة الخياطة اذا استدعى الامر و يقوم كذلك بفحص المشيمة بنفسه وأخذ عينة الدم منه

اذا كانت الولادة عسرة أو اذا كان النزول بغير الرأس أو احتاج الامر لعمل عملية جراحية فان الحامل تنقل الى حجرة العمليات الخاصة حيث تعمل لها العملية بواسطة الاستاذ الرئيس ونائبه وذلك بحضور طبيب صالة الحوامل ومساعدته

سابعاً : أخذ عينة الدم قبل الولادة من الحامل لارسالها للمعمل للفحص

القابلة

أولا : تقوم بعمليـة الولادة وفحص البول وأخذ عينات من افراز المهبل لفحصها — بكتريولوجيا — بنفسها

تراقب الحامل قبل الولادة أثناء وجودها فى الصالة وتقيد عدد الاوجاع ومدة كل منها والنبض وضربات القلب للأم والجنين وتقيد كل ذلك فى ورق المشاهدات

ثانياً : غسل الطفل والباسه الملابس كذلك كل ما يعمل للطفل من غسيل ووزن وقياس

ثالثاً . العناية بالأم بعد الولادة حتى تصل الى صالة الوالدات

رابعاً : الملابس التى ترتديهـا القابلة كلها تكون للاستعمال داخل المستشفى فقط وترتدى أثناء التوليد منشفة وقفازاً معقمين . كذلك يجب أن تكون رأسها مغطاة بغطاء معقم يخفى شعرها تماماً

مساعدات القابلات

مساعدة القابلة تساعد وتقوم بجانب القابلة بكل الطلبات التى تحتاج اليها أثناء عملية الولادة ويمكنها أن تقوم بعمل القابلة اذا كانت متمرنة تماماً

الممرضات

مهمتهن وضع وتغيير الملابس والمناشف ومناولة العدد والادوات المعقمة وتعقيمها وترتيبها والعناية بالصالة كوظيفة كل ممرضة عادية

وفى الغالب أن معظم الممرضات يكن من الراهبات

الخادمات

يقمن بعملية النظافة من مسح وكنس وخلافه وليس لهن أى علاقة بالوالدات .

كل المستخدمات المقيمات بالمستشفى لهن حجر خاصة وذلك مدة العمل ومتضامنات مع الطبيب فيما يتعلق بالامراض المعدية وخلافه

معلومات عامة

١ — أثناء وجود الحوامل داخل مستشفى الولادة وقبل الوضع وحالتهم الصحية تسمح لهم بالعمل فيمكن تكليفهم ببعض الاعمال البسيطة مثل

ا — خياطة الملابس التى تستعمل فى المستشفى

ب — نظافة المستشفى

ج — المساعدة فى المطبخ وغير ذلك

٢ — ليس بالمستشفى قسم مجانى لان كل شخص هو فى الحقيقة تابع لهيئة أو نقابة أو جمعية سواء أكان فقيرا أم غير فقير ولذلك هناك درجات ثلاث غرف درجة أولى وبها سرير واحد وبها بعض الاثاث الجيد

وغرف درجة ثانية فيها سريران وعلى الاكثر ثلاثة وأثاثها أقل جودة من الدرجة الاولى

غرف درجة ثالثة وبها عدة اسرة بالنسبة لحجم الصالة

والاجرة تتراوح من ٣ فرنكات سويسرية الى عشرين فرنكا

فلو كانت الحامل فقيرة أو عاجزة هى أو زوجها عن الدفع فالنقابة أو الجمعية المنتمية اليها الحامل أو زوجها تقوم بتسديد المصاريف وذلك حسب نظام الهيئات هناك

٣ — ملابس الحوامل فى المستشفى للدرجة الثالثة تكون من المستشفى وهى عبارة عن قميص أبيض مفتوح من الخلف باعتبار أنها ستكون دائماً فى السرير أما اذا كانت قادرة على السير والقيام وتؤدى عملا ما فانها تلبس ملابس عادية من عندها يضمن خلوها مما لا يستحب وجوده فى المستشفى ولكنها لا ترقد بها فى السرير بل تضعها فى دولاب خاص خارج حجرة النوم

٤ — الزيارة مرة كل أسبوع يوم الاحد طول النهار كذلك فى الاعياد وبخلاف ذلك فى الحالات الخاصة يكون بتصريح من الرئيس أما الدرجة الاولى فالزيارة مباحة فى كل وقت

٥ — بالمستشفى صندوق صغير مقفل لوضع التبرعات المالية للفقراء ولشراء هدايا للامهات والاطفال يفتح مرة كل أسبوع يوم الاحد آخر النهار بحضور أحد الرؤساء

وتقبل كل أنواع الهدايا من أى نوع كان لتعطى للمحتاجين

٦ — التوليد خارج المستشفى تقوم به جمعية الصليب الاحمر حيث لديها كل الاستعدادات اللازمة للتوليد فى البيوت وهذه الجمعية تقوم فى الغالب بمهمة جمعية الاسعاف ولجمعية الصليب الاحمر مستشفى كبير به كل الاقسام وكذلك قسم خاص بالولادة يشابه فى نظامه نظام المستشفى الآخر

٧ — نظام صالة الوضع — لا يدخل فيها أى شخص كان سوى القائمين

بالعمل وعند دخولهم يجب أن يضعوا فوق أحذيتهم أحذية خاصة من الـكوتش موضوعة خارج الباب لكل داخل . والغرض من ذلك أن تكون أرض صالة الوضع فى حالة نظيفة وطاهرة بقـدر الامكان كما وأنه يجب على الداخل أن يضع مريلة خاصة من الموجودة على حامل بالقرب من الباب

وصالة الوضع هى عبـارة عن قاعتين كبيرتين بينهما حجرة صغيرة وفى كل قاعة نحو ست أسرة للولادة وحوض أو اثنين لغسل الطفل وفى الحجرة التى بينهما صنابير للمـاء البارد والساخن وأحواض الغسيل وجهـازات التعقيم ومكتب الطبيب وأدوات لفحص البـول والميكرسكوب ودولاب للادوية وآخر للاسلحة والعدد التى تستعمل فى الولادة

والأسرة التى تستعمل للحوامل ليس لها عجل لتسير عليها وانما هناك جهاز خاص مركب على السرير فى المقـدمة والمؤخرة له عجل مغطى بالـكوتش ليسير بدون صوت

وفى نفس الطابق الموجودة به صالات الولادة توجد حمامات للاستحمام منها ما هو خاص بالحوامل قبل الوضع ومنهـا ما هو خاص بالطبيب وباقى الهيئة التى تقوم بالعمل

كما أن حجر النوم والاكل والتسليـة للقائمين بالعمل هى فى نفس الطابق أما حجر الامهـات الوالدات والاطفال فهى فى طابق آخر متصل بالاول بمصعد يسع السرير الذى تكون الام قد وضعت فيـه . وهو نفس السرير التى تستمر فيه بعد الوضع . بعد أن يكون قد تغيرت كل الفوط والمفارش الموجودة عليه

اذا توفى الطفل أو الأم عند الوضع فلابد من تشريح الجثة فى بناية أخرى بالقسم الباتولوجى العام التابع للمستشفى العمومى

فتق اربى مختنق

لطفل رضيع عمره خمسة أيام

(نقلا عن مجلة الجراحة البريطانية عدد يناير سنة ١٩٢٧ صحيفة ٥٢٧)

للدكتور عبد الحليم محفوظ بك

دلت الاحصائيات على أن حصول فتق مختنق للاطفال أمر يكاد يكون معدوماً . وذكر استو أنه عمل ابحاثا دقيقة وطلب احصائيات مطولة علم منها أن ٠٠٠ ١٣٩ عملية فتق عملت على الاطفال ولم يكن بينهما فتق مختنق واحد وذكر أنل أنه عمل بمستشفى الاطفال بأدنبرج ١٠٠٠٠ عملية فتق ولم يكن بينها فتق مختنق حقيقي واحد . و يعتقد فريزر أن سبب الاختناق هو الزائدة الفرجية Process Vaginalis والسبب الموضعى الظاهر لحصول الاختناق هو وجود حلقة ليفية عند الفتحة . والحالة المبينة أدناه تعضد رأيه هذا ولشدة ندورتها دونها بالآتى .

المريض . رضيع ذكر عمره خمسة أيام لاحظت ممرضة يوم ١٦ يوليه أن خصيته اليسرى وارمة فأدخل لاسبتالية هكنى يوم ١٧ يوليه الساعة ٥ والدقيقة ٣٠ مساء وقد كان الطفل سليما وقت ولادته ثم حصل له قئ متكرر ووقت ادخاله المستشفى كانت خصيته مؤلمة عند اللمس وتبرز اليوم السابق ليوم ادخاله المستشفى

حالته عند الدخول . كان يوجد عنده ورم متوتر بالجهة اليسرى للصفن ممتد للقناة الاوربية والجلد فوق الورم أحمر . ولما لم يمكن ارجاع الفتق للبطن شخصت الحالة « فتقا اربيا متعسراً ادخاله» ووضع فى ارجوحة وعلقت رجلاه لاعلا ووضع كيس ثلج على الورم . ولما لم يرجع الفتق لغاية الساعة ٨ مساء وازداد الاحمرار

وكثر القيء غيرنا التشخيص « لفتق اربى مختنق » وعملت له العملية

العملية . عمل التخدير بأوكسيد الازوت والاوكسيچين . ثم عمل شق على الورم و بفتح الكيس وجد جزء من الامعاء الدقاق طوله ٩ قراريط منتفخا وسطحه كابٍ (غير لامع) وباهت وكان بالخصية أوديما وورم وأمكن بصعوبة ادخال المجس ذى الميزاب للعنق وأمكن قطع حلقة ليفيه عندعنق الكيس ووجد بالنسيج عند هذه الحلقة عدة بقع نزفية . وتقرر أن الامعاء سليمة وارجعت للبطن ثم ربط الكيس وقطع كالمعتاد وقفلت القناة الاوربية بخياطة الرباط برباط پوپار خلف الحبل ثم خيط صفاق العضلة بصفاق اسكارپا وكامپر فى طبقة واحدة بالكانجت أمام الحبل وقفل الجلد بالحرير اليابانى

وثانى يوم العمليـة تبرز الرضيع برازاً مدمماً وتقايأ ثلاث مرات ثم تحسنت حاله بعد ذلك باستمرار وأخرج من المستشفى بحالة جيدة بعد عمل العملية بخمسة أيام ليعود لرضاعه ثدى أمه

محضر الجلسة الخامسة والسبعين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة ٧ من مساء الاربعاء ٨ ديسمبر سنة ١٩٢٧ برئاسة حضرة صاحب العزة على ابراهيم بك و بعد افتتاح الجلسة أعلن حضرته أن الكلام للدكتور محمد ابراهيم عن (علاج الحمرة بالاومنادين ومقارنة بين العلاج القديم والحديث) فألقى حضرته المحاضرة (وهى المنشورة فى غير هذا المكان) و بعد الانتهاء منها شكره حضرة الرئيس على مجهوده الزائد وقد لاحظ حضرته أن المحاضر اعتبر تاريخ دخول المريض المستشفى أساساً لكلامه مع أن الواجب الاخذ بتاريخ بدء المرض — ومما قاله حضرته أن مرض الحمرة لو ترك لشفى بنفسه من المناعة المكتسبة من الميكروب

ثم قام حضرة الدكتور توفيق عمر وقال بعد أن شكر المحاضر بأن علاج الاومنادين يستعمل فى الخارج من سنين غير أن نتيجته ليست كحقن اللبن فهو يكثر الكرات البيضاء ويحدث انخفاضاً فى الحرارة فهو اذاً ليس له تأثير الصدمة البروتينية (ارتفاع الحرارة) وقد يفيد فى الحالات المبكرة (٤٨ ساعة الاولى) أما الحالات المتأخرة فلا ينفع فيها العلاج بغير الفاكسين . ثم قام حضرة الدكتور عبد العزيز اسماعيل وأعلن موافقته للدكتور توفيق على ملاحظته

ثم قام حضرة الدكتور محمد صبحى بك وتكلم عن استعمال حقن اللبن فى الرمد وتأثير الصدمة البروتينية فى ذلك

ثم قام حضرة الدكتور اندراوس عريان ولاحظ أنه كان يجب على المحاضر

معرفة ماهية الاومنادين وشرح ذلك قبل المحاضرة — وأن حضرته استعمل منذ سنة أو أكثر الفاكسين ١٠٠ مليون فى أول حقنـة ولم تمت ولا حالة واحدة فى اليوم الاول والثانى والثالث من المرض أما بعد الثالث فلا فائدة من ذلك وعنده احصـاء بثلاثين حالة شفيت جميعها . ويقترح استعمال الفاكسين ١٠٠ مليون فى المستشفى

ثم قام حضرة الدكتور محمد عمار وسأل المحاضر عما اذا كان بين الحالات التى عولجت أطفال سنها أقل من سنتين لان دمهم لا يتفاعل فرد عليه المحاضر بأنه بين الحالات التى ذكرها حالة كهذه وهى سائرة فى سبيل الشفاء

فأشار الدكتور صبحى بك بهذه المناسبة الى تأثير حقن اللبن وزاد عليـه الدكتور اندراوس بأن للفاكسين مفعولا أيضاً فيهـا فرد عليه المحاضر بأن الاومنادين أفاد فى الحالات التى لم ينفع فيها الفاكسين

وقد قال حضرته رداً على ملاحظة الدكتور توفيق عمر بأن حقن الاومنادين لها تأثير البروتين

ففسر حضرة الرئيس كلام الدكتور توفيق بأنه يقصـد بالصدمة البروتينية ارتفاع الحرارة وهناك فرق بين العلاج بالبروتين Protien Therapy والصدمة البروتينية

ثم دعا حضرته حضرة الدكتور مصطفى حموده لالقاء القسم الثـانى من محاضرته عن الدورة الدموية فى الشرايين الاكليلية وتأثير بعض العقاقير عليها

وبعد الانتهاء شكره الحاضرون ورفعت الجلسة فى الساعة ٩ مساء

السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

محضر

الجلسة العامية التاسعة والثلاثين

للجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية

عقدت الجلسة بمقر الجمعية الطبية المصرية بنادى موظفى الحكومة نمرة ٥ بميدان اسماعيل الاول بمحطة الرمل الساعة السابعة والدقيقة أربعين يوم الاربعاء ٢٩ ديسمبر سنة ١٩٢٦، تحت رئاسة حضرة وكيل الجمعية وحضور ٢٣ طبيبا و بدأ الدكتور على عطيه نجم محاضرته عن علاج الزهرى بالملاريا وما شاهده شخصياً فى (ڤينا) كما يرى فى المحاضرة المنشورة فى غير هذا المكان

و بعد أن انتهى حضرته قام الدكتور محمد محفوظ وذكر أن المحاضر لم يذكر شيئاً عن تأثير العلاج بالملاريا الصناعية فى العين ، وأنه يحدث انسدادا فى الشريان الأوسط للشبكية Block of the Central retinal artery . وأيضاً يحدث عمى الكينين . فرد عليه المحاضر بانهم يعطون دائماً كميات صغيرة للتأكد من الحساسية Idiocyncracy وأنهم يستعملون دم المصاب بحمى الملاريا الثلاثية الحميدة. فرد عليه الدكتور محفوظ بانه يتكلم عن الحالات التى استعملت فيها الملاريا الثلاثية الحميدة ذاتها.

ثم قام الدكتور احمد حامد وذكر المحاضر بأنه لم يستوف بعض نقط نقل الدم Transfusion وأنه لا يجوز خلط الدم الا بعد الفحص لأنه على أنواع . فرد عليه المحاضر بأنه فى كل الحالات التى ذكرها لم يفحصوا الدم ، لأن الحقنة تعطى مباشرة وأن الكمية عادة خمسة جرامات وهى كمية صغيرة . كما أنه لم يشاهد فى الألف وخمسمائة حالة التى ذكرها فى محاضراته بأنه حدثت أية مضاعفات ثم قام الدكتور عزيز عبد المجيد وذكر النظريات الثلاثة عن الاصابة بالزهرى العصبى وهى:

١ — النظرية الثنائية (نيوثروب) و (درموثروب)

٢ — تأثير التمدن واستعمال المخ والمشروبات الروحية
٣ — ان الجلد أحسن مركزا للمواد المضادة فكلما كثر الطفح أمكن المعالجة وبذلك تقل الاعراض العصبية

فرد عليه المحاضر بأنه فى سومطره حيث الأهالى مصابون بالحميات وخصوصاً الملاريا لا تظهر فيهم الاعراض العصبية الا قليلا بخلاف الاوروبيين الذين يعيشون معهم فى منطقة واحدة فانهم يتحفظون من الحميات باستعمال الناموسيات وخلافه للوقاية . ولذا كانت نسبة ظهور الاعراض العصبية فيهم أكثر منها فى الوطنيين

ثم قام الدكتور قناوى وقال بأن المحاضر لم يذكر لنا كنه مفعول العلاج بالملاريا وما هى الاسباب الموصلة للنجاح هل يكثر العلاج الخلايا البيضاء ؟ أو خلافه من النظريات الطبية . فرد عليه المحاضر بأنه للآن كل ما ذكره هو نظريات لم يثبت النظر فيها ولكل نظريته الخاصة

وذكر الدكتور قناوى بأنه دعى فى استشارة لأوروبى عنده ضعف ذاكرة شديد وبفحص الدم وجد ايجابيا لوسرمان وأنه عولج بالملاريا فى ألمانيا وأنه الآن يذكر كل شىء

ثم قام الدكتور عبد الواحد الوكيل سكرتير الجمعية واعتذر عن الرئيس الدكتور عبد الرحمن عمر بك المتغيب بالقاهرة وشكر المحاضر على مجهوده وذكر أنهم فى انجلترا يربون البعوض ثم يسلطونه على المرضى بالملاريا فيأخذ عدوى منهم ثم هذا يعدى المريض بخلاف ألمانيا فانهم يأخذون الدم بدلا من العدوى بالبعوض . وذكر أيضا أن النظرية الرائجة لتفسير مفعول الملاريا هى الصدمة البروتينية لأنها تحدث تفاعلا قويا

وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة الثامنة والنصف مساء ؟

السكرتير المساعد

الدكتور عبد السلام محمود

العشاء السنوى

للجمعية الصحية المصرية

أدبت الجمعية الصحية المصرية بلوكاندة الكونتيننتال مأدبة عشائها السنوية فى الساعة التاسعة من مساء ٦ يناير سنة ١٩٢٧ وكان فى مقدمة المدعوين حضرة صاحب الدولة ثروت باشا ومعالى على بك الشمسى وزير المعارف وحضرة صاحب السعادة الدكتور چاهين باشا رئيسها الشرفى والميچر طمسن وعلى بك ابراهيم رئيس الجمعية الطبية المصرية وحسن بك كامل رئيس الجمعية الطبية بطنطا واعتذر لاسباب قهرية حضرتا الدكتور حافظ بك عفيفى وعبد الرحمن بك عمر رئيس الجمعية الطبية باسكندرية وقد خطب الحاضرين صاحب السعادة چاهين باشا وعلى بك ابراهيم والدكتور كامل والدكتور السباعى والكولونل پرى وآخرون وانصرف المدعوين حوالى الساعة ١١٫٣٠ مساء بعد أخذ صورتهم الفوتوغرافية

الدكتور عبد الحليم محفوظ

اخبــار طبيــة

أجنبية ومصرية

— ١ —

أصدر مجلس الوزراء بتاريخ ١٥ يناير سنة ١٩٢٧ قراراً تمهيدياً بتحويل مصلحة الصحة الى وزارة يتولى ادارتها وزير واستصدار المرسوم المؤذن بذلك بعد استيفاء الاجراءات القانونية وستكون باكورة أعمال الوزارة الجديدة توجيه مجهود خاص الى وقاية الاطفال ومكافحة الانكلستوما والبلهارسيا وتحسين الحالة الصحية بجميع بلاد القطر وتعميم التخصيص بجميع مستشفيات عواصم المديريات

والمبالغ التى أدرجت فى ميزانية مصلحة المبانى اللازمة لمختلف أعمال البناء التى يستدعيها توسيع نطاق أعمال المصلحة فى ميزانية سنة ١٩٢٧—١٩٢٨ بلغت ١٠٠٫٠٠٠ جنيه مصرى

— ٢ —

مستشفى نجع حمادى

سيبنى قريباً مقاول قناطر نجع حمادى مستشفى عمومى حسب النظم الحديثة بالقرب من النيل ومن موقع القناطر المراد انشاؤها بنجع حمادى وسيكون به ٦٠ سريراً للدرجة الثالثة خلاف أسرة الدرجتين الاولى والثانية وسيعين له طبيبان أحدهما يكون مقيما و يعاونهما طبيب الشركة و يكون كرئيس للمستشفى زيادة على أعماله الاخرى وسيخصص هذا المستشفى للموظفين والعمال فقط الذين يشتغلون فى تشييد القناطر

— ٣ —

وزارة الصحة بانجلترا والغيارات الجراحية

أصدرت أخيراً وزارة الصحة بانجلترا أوامر وتعليمات تقضى بأن تكون الغيارات الجراحية من نوع جيد ومطابق لعينة اعتمدتها على حسب المواصفات الموجودة بالفارماكوبيا الانكليزية وأن لايستعمل بالمستشفيات والعيادات وغيرها الا الغيارات الجراحية المطابقة للعينة وللمواصفات السابق ذكرها وتبحث العينات بمعمل خاص بمنشستر مديره مستعد لبحث كل مايرسل اليه من الغيارات الجراحية اللازمة للمستشفيات والعيادات وغيرها بأجور مخفضة.

وطلبت الوزارة من باب الوفر أن يكون طول الاربطة أربع ياردات بدلا من ستة والمواصفات الموجودة بالفارماكوبيا البريطانية لأهم الغيارات هى كالآتى

الاربطة : أهمها بفتة (بيضاء وسمراء) وكريب خفيف (أبيض وأسمر) بمقايسات وأوصاف خاصة وأربطة جبس.

الشاش. اما أن يكون محضراً بالبوريك أو الفنيك أو سيانور الزيبق أو اليودوفرم أو حمض البكريك أو كلورور الزيبق النوشادرى أو السليمانى أو خالياً من الادوية ولكل منها أوصاف ونسب مخصوصة

القطن. يكون حسن الامتصاص واما محضراً بالبوريك أو كلورور الزيبق النوشادرى أو خال من الادوية

الدرسنج وكذا اللنت : يكون حسن الامتصاص واما محضراً بالبوريك أو كلورور الزئبق النوشادرى أو خال من الادوية

الفوط. بالفنيك أو خالية من الادوية والفنيك بنسبة معينة

— ٤ —

الانفلونزا بانجلترا ووزارة الصحة

أصدرت وزارة الصحة بانجلترا فى أواخر ديسمبر نصائح وتعليمات عن مرض الانفلونزا أهم ما ذكرته بها هو

(١) ان المرض مدته قصيرة وسريع الشفاء الا اذا حدثت له مضاعفات رئوية أو قلبية

(٢) العدوى تنتقل من المريض الى السليم بافرازات الجهاز التنفسى بواسطة الهواء على هيئة رذاذ أثناء السعال أو العطس أو الكلام بصوت عال ويكون الخطر شديداً وأكيداً اذا تكلم المريض بصوت عال على بعد أربعة أقدام من السليم أو اذا سعل أو عطس على بعد عشرة أقدام وتدخل العدوى من الأنف أو الحلق وأحياناً من العين

(٣) مدة التفريخ ٤٨ ساعة وأحياناً أقل

طرق الوقاية

(١) تهوية المحلات التى يقيم بها الانسان (٢) أن يكون الاكل مغذياً ويجب الاعتدال فى تعاطى الخمور . وتعاطى زيت السمك يزيد مناعة الجسم نحو المرض (٣) استعمال الغراغر بعد العودة للمنزل واحسنها ملء ملعقة شوربة من جلسرين التيمول المركب فى كوبة ماء دافئ أو برمنجانات البوتاسا جرام فى خمسة آلاف جراماً ماء دافئ (٤) البعد عن المحلات المزدحمة بالناس (٥) الامتناع عن العمل اذا أحس الشخص بالمرض مع ملازمته الفراش مع التدفئة وأخذ الدواء اللازم ويبقى بالفراش يومين أو ثلاثة بعد زوال الحرارة ويعزل نفسه ما دامت

عنده حرارة ويجب عليه أن يحول وجهه لجهة بعيدة عمن أمامه أثناء السعال أو العطس أو الكلام و يضع على فمه منديلا

التبليغ عن الانفلونزا

وقررت وزارة الصحة عدم لزوم التبليغ عن أحوال الانفلونزا ولكن أن تضاعف المرض بالتهاب رئوى وجب التبليغ عن الحالة

والوزارة تقول أن قفل المدارس غير مفيد بالبلاد المزدحمة بالسكان ومفيد ببلاد الارياف وعلى كل حال يجب منع التلميذ من المدرسة وبحث قلبه و رئتيه للتأكد من سلامتها قبل السماح له بالعودة للتدريس . أما تبخير المحلات التى يتردد عليهـا الناس برذاذ الادوية المطهرة فغير مفيـد ويجب غسل وتنظيف الغرف بعـد شفاء المريض وغسل كل شىء بداخلها من بياضات وخلافه مما يمكن غسله

— ٥ —

مدرسة تحضيرية للبنات لمدرسة الطب المصرية

المدرسة الثانوية الوحيدة للبنات بالقطر المصرى هى مدرسة شبرا الثانوية وعدد التلميذات الموجودات بها الآن ٦٩ فى القسم الثانوى و ٩ بقسم التحضير لمدرسة الطب المصرية

— ٦ —

الطبيبات فى القطر المصرى

يوجد بالقطر المصرى عدد ١٦ طبيبة كلهن أجنبيات ما عدا الدكتورة چوليت عمار التى تعينت فى ١٤ فبراير سنة ١٩٢٧ طبيبة لمركز رعاية الطفل ببولاق فانها مصرية الجنس والجميع مصرح لهن بتعاطي صناعتهن بالقطر المصرى

— ٧ —

الاستاذ الجراح الشهير سيزار رو يعتزل العمل

اعتزل أخيراً الاستاذ رو العمل بعد خدمة كلها نشاط وعمل مستمر مدة ٣٩ سنة وقد كان مديراً للقسم الجراحى وأستاذاً للجراحة بكلية لوزان بسويسرا وقد ولد سنة ١٨٥٧ و بقى فى العمل حتى بلغ سن السبعين وهو مشهور بالحركة والنشاط وقد كان تلميذاً لكوخر (أستاذ الجراحة ببرن) ومتوسط ما كان يعمله من العمليات سنوياً يقدر بنحو ١٥٠٠ عملية . وله آراء قيمة خاصة فى كتب الجراحة و بعض العمليات الجسيمة تسمى باسمه كوصل الامعاء بالمعدة من الامام وكل من زاره فى عيادته كان يندهش جداً من نشاطه وحركته المستمرة وهو مشهور بمواظبته على التدريس والعمل من غير انقطاع من الساعة ٨ صباحاً للساعة ١٫٣٠ مساء وأحياناً بعد ذلك حتى ينتهى من عملياته وكان دائم الكلام والعمل وهو مؤدب للغاية ورزين جداً ويعتبره الاطباء وتلامذة الطب خير منبه ومرشد لهم وكان معبود أهالى بلدته وسيبقى اسمه موضعاً للتعظيم والتبجيل ومقروناً بالفخار بجوار اسمى لستر الانكليزى وكوخر السويسرى الى ما شاء الله

— ٨ —

وفيات الاطفال بمدينة القاهرة سنة ١٩٢٥

يوجد بمدينة القاهرة ثلاثة عشر قسما ، وقد دلت الاحصائيات على أن وفيات الاطفال سنة ١٩٢٥ كانت مرتفعة ومريعة وهى كالآتى

مصر القديمة ٣٦٢ و بولاق ٢٨١ وشبرا ٢٥٠ والسيدة زينب ٢٣٩ والخليفة ٢٣٤ و باب الشعرية ٢٣٣ وكل من الجمالية والوايلى ٢٢٦ وعابدين ٢٢١ والدرب الاحمر ٢١٩ وحلوان ٢٠٤ والازبكية ٢٠٢ والموسكى ١٦٢

— ٩ —

الجزام وعلاجه الحديث

ألقى المستر فرنك الدريف Frank Oldrive محاضرة على الجزام وعلاجه بجميع بقاع الارض يوم الخميس ٣ فبراير سنة ١٩٢٧ بكلية الطب بالقاهرة بحضور عدد وافر من الاطباء واعتذر حضرة صاحب السعادة الدكتور چاهين باشا وكيل الوزارة والمستر مادن عميد كلية الطب

و بعد أن وصف الجزام باسهاب معززاً أقواله بمناظر عديدة بالفانوس السحرى لكثير من الحالات التى تكلم عنها قال أنه يعالج الآن ببعض البلاد بنجاح تام وأكيد بنبات اسمه Hydrocarpus Wightiana ينبت بالبلاد الحارة وهذا النبات مذكور بكتاب العلاج الطبي السنوى لسنة ١٩٢٦ صحيفة ٢٩٢

— ١٠ —

الزواج والشهادات الطبية بفرنسا

قدم الدكتور پنيار الشهير و بعض زملائه لائحة للبرلمان تحتم على الزوج والزوجة تقديم شهادة طبية تثبت أنه أو أنها خالية من الامراض المعدية

— ١١ —

المواليد والوفيات بنيويورك بأمريكا

يبلغ تعداد ولاية نيو يورك عشرة ملايين وثلاثة أرباع المليون نفس والطبيب يحضر الولادات التى تحصل بهذه الولاية بنسبة ٩٠ ٪ تقريباً

ونسبة الوفيات بها بلغت ١٣٫١ فى الالف وقد نقصت الوفيات المسببة من الاسهال لمن كانت سنهم أقل من سنتين من ١٢٤ فى الالف سنة ١٩٠٠ لعدد ٢٧

فقط فى الالف ونسبة الوفيات بالترطان ١٣ر٩ لكل ١٠٠٫٠٠٠ نفس بزيادة ٣٨ ٪ عن سنة ١٩١٠

— ١٢ —

العيادات السرية الجديدة

ستفتح قريباً مصلحة الصحة العمومية عيادة سرية بكل من طنطا والمنصورة واسيوط وقنا وقد تمت الاجراءات الخاصة بالثلاث الاولى وتم انتخاب المحلات اللازمة لها وكذا تعيين الموظفين اللازمين وأما العيادة الرابعة فجار البحث عن المكان اللائق وقد تعين الدكتور عبد العزيز أبو الخير لعيادة طنطا

— ١٣ —

الزهرى وبخارست

ظهر فى آخر عام سنة ١٩٢٦ ببخارست قانون يلزم الطبيب التبليغ عن مريض الزهرى الذى يمتنع عن تتميم علاجه ويقضى على المريض بعرض نفسه على الكشف الطبى أو يظهر شهادة معتمدة من طبيب بأنه يتعالج وينظم توقيع الكشف الطبى على الخدم وعلى تلامذة المدارس الثانوية فوق سن ١٥ سنة والباعة المتجولين وأجناس أخرى كل شهر مرة ويحجز من يكن منهم معد بالمستشفيات من العاهرات والمتسولين وكذلك الطباخين أو مساعديهم والسفرجية والخدم العموميين ان كانت الاصابة بفمهم أو بوجوههم وأيديهم وكل من يصاب بالزهرى يرجع بتعويض مدنى على من كان السبب فى اصابته وتقدم الصحة المتسبب للمحاكمة حتى ولو لم يطلب المجنى عليه ذلك ويمنع زواج المرضى بهذا المرض حتى يتم شفاؤهم ويلزم كاتب عقود الزواج بتوزيع مذكرات بها نصائح عن الزهرى وبيان اضراره العديدة . وجعلت عقوبة من يخالف أحكام هذا القانون شديدة

— ١٤ —

الادوية الجاهزة وبخارست

أصدرت مصلحة الصحة ببخارست قراراً يلزم أصحاب مخازن الأدوية والاجزاخانات برفع الادوية الجاهزة « السرية » منها فى مدة ثلاثة أشهر وتعتبر رومانيا جميع الادوية الجاهزة التى ليس على بطاقاتها اسماء الجواهر الدوائية الموجودة بها أنها أدوية سرية ويشملها القرار

وقد كلفت حكومة رومانيا جماركها منع دخول المجهزات الدوائية « المستحضرات » بالبلاد حتى ولو كانت عينات ما دامت من نوع الادوية السرية وقررت أن كل موظف يمررها لداخل البلاد يوقف عن عمله

— ١٥ —

المستشفيات العمومية التى ضمت لمصلحة الصحة سنة ١٩٢٦

عدد المستشفيات العمومية التى ضمت لمصلحة الصحة سنة ١٩٢٦ ثلاثة وهى :

١ — مستشفى ملوى و به تسعة أسرة تبرع له سعادة عرفان باشا سيف النصر و بعض الأعيان بمبلغ ٤٠٠٠ جنيها وقد ساعد مجلس مديرية اسيوط بباقى مبلغ نفقات التعديلات اللازمة للمبانى وللتأثيث وقدرها ٥٠٠٠ جنيها وقد بدئ العمل فيه بالعيادة الخارجية فعلا اعتباراً من ١٨ سبتمبر سنة ١٩٢٦

٢ — مستشفى بريم و به ١٨ سريرا تبرع له مصطفى بك الشوربجى بمنزلين أحدهما لجعله مستشفى عمومى والآخر رمدى وجمع من كرام أعيان البحيرة المبالغ اللازمة لتعديلهما وخصص مجلس المديرية مبلغ ٢٥٠٠ جنيها لتأثيثه وقد بدئ العمل فيه بالعيادة الخارجية فى ١١ أكتوبر سنة ١٩٢٦

٣ — مستشفى ميت غمرو به ٢٤ سريراً وقسم خاص للرمد وآخر للانكلستوما والبلهارسيا وقد تم بناؤه وجهزت أدواته من تبرعات جمعها مجلس مديرية الدقهلية من الاعيان واستلمته فعلا مصلحة الصحة العمومية وستفتحه للعلاج بجميع أقسامه فى أواخر هذا الشهر (أى فبراير سنة ١٩٢٧)

— ١٦ —

القابلات والصحة العمومية

القابلات الموجودات بمصر فئتان . الفئة الاولى تقضى ستة شهور فى التعليم العلمى والعملى بمدارس القابلات بالمديريات وبمستشفى كتشنر وقد تخرج منهن للآن ١٨٠٩ قابلة والفئة الثانية تقضى ثلاثة أسابيع فى المستشفيات العمومية لسماع بعض دروس ومحاضرات نظرية فقط ولذلك ألغت المصلحة تعليم القابلات فى مستشفيات اسكندرية والمنصورة وطنطا ودمنهور والمنيا وسوهاج وهى تفكر الآن فى الغاء التدريس لهذه الفئة بباقى المستشفيات

— ١٧ —

عيادات خارجية متنقلة

أنشأت مصلحة الصحة عيادة خارجية فى ذهبيه يجرها لنش فى أواخر سنة ١٩٢٦ تتنقل من جهة لاخرى فى النيل وتقف أمام بعض البلاد الكبيرة بمركز الدر بمديرية اصوان مدة معينة تباشر فيها علاج الاهالى المرضى الذين يترددون عليها وبها طبيب سافر اليها فى أوائل السنة الحالية وبها الادوية والاسعافات اللازمة لذلك ؟

الدكتور

عبد الحليم محفوظ

الرحلة الطبية المصرية

الى بلاد فرنسا وانجلترا والمانيا وايطاليا

تحت اشراف ورعاية

الجمعية الطبية المصرية

حضرة الدكتور الفاضل والزميل المحترم

ان الجمعية الطبية المصرية ستأخذ تحت اشرافها وحمايتها رحلة طبية علمية الى أوروبا حسب البرنامج المرفق مع هذا . وترتيب الرحلة فيما يختص بالفن الطبي صادر من الجمعية الطبية نفسها . ومن جهة الادارة فهي بيد حضرة الاستاذ لطفي بك عيروط الذى رتب الرحلة الطبية الى جبال لبنان فى سنة ١٩٢٥ . وأما عن السفر والاقامة فى أوروبا فسيكون بواسطة محل الخواجات كوك وأولاده بمصر . ويجوز لحضرات الاطباء أن يستصحبوا معهم حضرات عقيلاتهم وأولادهم . والسفر سيكون بالدرجة الاولى بالبواخر البحرية وفى الدرجة الثانية بالسكك الحديدية والاقامة فى فنادق من الدرجة الاولى

وسيكون القيام من مصر فى ١٤ يونيو سنة ١٩٢٧ والرجوع اليها فى ٢٩ يوليو سنة ١٩٢٧

أجرة السفر ١٤٠ جنيهاً وتشمل السفر بالسكك الحديدية والبواخر والاكل أثناء السفر واللوكاندات بما فيه رسوم الحكومات ومكافأة الخدم ونقل العفش من والى البواخر ومن المحطات الى اللوكاندات وأجرة السيارات لزيارة المدارس الطبية

والمستشفيات وغيره ولا يدخل فى ذلك مكافأة الخدم على البواخر

وحضرات الاطبـاء سيكونون مصحوبين فى كل جهة بتراجمة بمعرفة كوك وعلى مصاريف هـذا المحل . والمسافرون لا يمكنهم أخذ أكثر من شنطتى يد لكل شخص ويلزم أن يكتبوا عليها بأحرف سوداء افرنكية اسم المسافر ونمرة قيده حتى منعا لفقد الامتعة وخلطها مع بعضها

ولم يقبل محل كوك وأولادهم هذا السفر الزهيد لرحلة مستوفاة ومهمة مثـل هـذه مع التخفيض الذى قبلته شركات الملاحة والسكك الحديدية واللوكاندات ومصايف المياه المعدنية الا اذا كان عدد المشتركين لا يقل عن ثلاثين شخصاً ولا يمكن بأية حال أن يزيد هذا العدد عن مائة لقلة المحلات الخالية فى البواخر واللوكاندات بالنسبة لموسم الاصطياف

فحتى تضمنوا محلاتكم يلزم الاشتراك حالا لأن الاولوية ستكون لمن يبادر بالاشتراك الذى يجب أن يرسل لحضرات توماس كوك وأولاده بشارع كامل بمصر مع اعطاء البيانات والتوقيع على الطلب المرفق مصحوباً بشيك على بنك أو تحويل بوسـتة لأمرهم بقيمة ٢٠ جنيهاً مصرياً بصفة مقدم مع التعهد بدفع الباقى وقدره ١٢٠ جنيهاً الى المحل المذكور على الأكثر فى أول مايو سنة ١٩٢٧ مقابل استلام المشترك تذاكر السفر جميعها ومع ذلك فللمشترك الحق فى تحويل قيمة المبلغ المقدم الى طبيب آخر وهذا الأخير ملزم بدفع باقى الاشتراك فى أول مايو سنة ١٩٢٧

واذا لم يتم عدد الثلاثين مشتركا المطلوب لمحل كوك للقيام بالرحلة لغاية أول ابريل سـنة ١٩٢٧ فترد جميع المبالغ المقدمة الى دافعيها بدون خصم شىء منها واذا تم هذا العدد وتأخر المشترك عن دفع باقى الاشتراك فيضيع العربون عليه بدون اجراءات

واذا أراد أحد المشتركين أن يتأخر فى أوروبا بعد انتهاء الرحلة فمحل كوك يرد اليه مبلغ ١٧ جنيهاً عن تذكرة السفر بالباخرة من نابلى الى بور سعيد و بالسكة الحديدية من بور سعيد الى مصر فقط عليه أن يخطر محل كوك بمرسيليا عند وصول الرحلة اليها

ومن أراد استعلامات أخرى فله أن يخاطب محل كوك بمصر أو المحامى لطفى بك عيروط بمصر الجديدة نمرة ٢٤ شارع الكنيسة تليفون ١١٣٣ زيتون

هذه هى شروط السفر المادية . وما قولكم فى فوائده الادبية ونتائجه العلمية

فبعد الفراغ من عناء الاشغال تجدون الراحة فى هذه السفرة الجميلة التى فيها ستتعرفون بالعلماء والاساتذة العظماء فى أربع من البلاد التى هى على رأس العلم والعمل الطبى وعلى الاكتشافات والعلاجات الحديثة وعلى المدارس الطبية والعيادات الشهيرة سواء فى فرع الباتولوجيا أو الجراحة أو طب العيون أو الكيمياء أو الاشعة والاسنان وعلى مدن المياه المعدنية وتربتها ومنافعها وفوائدها لبلادنا لتستفيدوا شخصياً وتفيدوا الوطن العزيز

ولما بلغ الجامعات وادارات محلات المياه المعدنية بعمل هذه الرحلة أورت استعداداً تاماً للقيام باستقبالها باحتفالات رسمية تلقى فيها المحاضرات بما فى ذلك من يريد من حضراتكم أن يلقى فيها لتظهروا للغربيين أن مصرنا فيها أيضاً من يضاهى علماءهم وأساتذتهم الافاضل والعلماء الاماجد

وبرنامج هذه الزيارات والاحتفالات سيوزع عليكم عند قدومكم فى المدن الكبيرة الموجودة فيها مدارس طبية والمحلات الموجودة فيها مياه معدنية

هذا وستبلغون الى طلابنا المصريين فى أوروبا سلام مصر أمهم العزيزة وستقدمون لمندوبى حكومتنا الملكية احترامات مندوبى العلم المصرى طالبين من حضراتهم ومن طلبتنا الاعزاء الانضمام الى الاحتفالات التى ستقام لنا

أمام جميع هذه الفوائد نطلب من حضرتكم أن توافونا بأقرب وقت بطلب الاشتراك كما هو مذكور أعلاه لتكونوا واثقين من سفركم وتستعدوا له من الآن وعند وصول طلبكم الى محل كوك بالقاهرة سيرسل لكم الايصال بالعربون ونمرة قيد اسمكم بكشف المشتركين

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ؟ رئيس الجمعية الطبية المصرية

القاهرة فى أول مارس سنة ١٩٢٧ الدكتور على ابراهيم

برنامج الرحلة الطبية المصرية

الى أوروبا

الثلاثاء ١٤ يونيو سنة ١٩٢٧

الاربعاء ١٥ منه الخميس ١٦ منه الجمعة ١٧ منه السبت ١٨ منه	السفر بالبحر
الاحد ١٩ منه	الوصول الى مرسيليا . زيارة المدينة بالسيارة . السفر بالسكة الحديد الى مونبلييه
الاثنين ٢٠ منه	فى مونبلييه . زيارة المعاهدالعلمية والمستشفيات وغيرها بالسيارة طول النهار
الثلاثاء ٢١ منه	السفر من مونبلييه الى كليرمون فران القيام من مونبلييه الساعة الحادية عشر والدقيقة ٥٥ والوصول الى كليرمون فران الساعة ٢١ والدقيقة ٥٥

الاربعاء ٢٢ منه	فى كليرمون فران . زيارة روما وشتيل جيون ولابربول بالسيارة
الخميس ٢٣ منه	السفر من كليرمون فران الى فيشى القيام من كليرمون الساعة ١٢ — ٩ والوصول الى فيشى الساعة ١٥ — ١١
الجمعة ٢٤ منه	فى فيشى
السبت ٢٥ منه	السفر من فيشى الى ليون القيام من فيشى الساعة ١٢ — ٢٧ والوصول الى ليون الساعة ١٥ — ٥١
الاحد ٢٦ منه	فى ليون . زيادة المعاهد العلميـة والمستشفيات وغيرها بالسيارة طول النهار
الاثنين ٢٧ منه	السفر من ليون الى جيرنو بل القيـام من ليون الساعة ٨ — ٢٠ والوصول الى جيرنو بل الساعة ١١ — ٤٦ زيارة أورياج بالسيارة
الثلاثاء ٢٨ منه	السفر من جيرنوبل الى بريد لابان القيام من جيرنو بل الساعة ١١ — ٠٠ والوصول الى موتييه السـاعة ١٦ — ٤١ ومن موتييه الى لوكاندة بريد (باموتيبوس اللوكاندة)
الاربعاء ٢٩ منه	السفر من بريد لابان الى اكس لابان القيـام من موتييه الساعة ٨ — ١٧ والوصول الى شامبيرى الساعة ١٠ — ٤١ زيارة شامبيرى والقيـام منها قبـل الغروب والعشاء فى اكس

التاريخ	البيان
الخميس ٣٠ منه	السفر من اكس لابان الى بلفور القيام من اكس الساعة ١٢—٥٨ والوصول الى بلفور الساعة ٢١ — ٣
الجمعة أول يوليو	السفر من بلفور الى لوكسايل لابان القيام من بلفور الساعة ١٢ — ٤٠ والوصول الى لوكسايل الساعة ١٤ — ٤٥
السبت ٢ منه	السفر من لوكسايل لابان الى بلوم ببار لابان القيام من لوكسايل الساعة ٩ — ٢٩ والوصول الى بلوم ببار لابان الساعة ١٠ — ٣٢
الاحد ٣ منه	السفر من بلوم ببار لابان الى فيتال القيام من بلوم ببار لابان الساعة ٧ — ٤٤ والوصول الى فيتال الساعة ١٤ — ٢٢
الاثنين ٤ منه	السفر من فيتال الى كونتركس فيل والى باريس القيام من فيتال فى الصباح . الغذاء فى كونتركس فيل بدعوى من ادارة الحمامات والوصول الى باريس الساعة ٢٣ — ٤٥
الثلاثاء ٥ منه الاربعاء ٦ منه الخميس ٧ منه	فى باريس . زيارة المعاهد العلمية والمستشفيات وغيرها بالسيارة مدة ثلاثة أيام

الجمعة ٨ منه	السفر من باريس الى بولون القيام من باريس الساعة ٨ — ٢٥ والوصول الى بولون الساعة ١١ — ١٠ زيارة برك بلاج والعودة والسفر الى لندن القيام من بولون الساعة ١٩ — ١٠ والوصول الى لندن الساعة ٢٢ — ٥٠
السبت ٩ منه الاحد ١٠ منه	فى لندن . زيارة المعاهد العلميـة والمستشفيات وغيرها بالسيارة مدة يومين
الاثنين ١١ منه	السفر من لندن الى برلين القيام من لندن الساعة ٢٠ — ٣٠
الثلاثاء ١٢ منه	الى برلين الساعة ١٧ — ٢٨
الاربعاء ١٣ منه	فى برلين . زيارة المعاهد العلمية والمستشفيات وغيرها طول النهار بالسيارة
الخميس ١٤ منه	السفر من برلين الى باد نوهيم القيام من برلين الساعة ١١ — ٤٧ والوصول الى باد نوهيم الساعة ٢٢ — ٣٦
الجمعه ١٥ منه	السفر من باد نوهيم الى بادن بادن القيام من باد نوهيم الساعة ١٠ — ٢٠ والوصول الى فرنكفورت الساعة ١١ — ١٠ زيارة فرنكفورت والغذاء فيها واستمرار السفر عند الغروب والعشاء فى بادن بادن
السبت ١٦ منه	فى بادن بادن

الاحد ١٧ منه	السفر من بادن بادن الى ميلانو القيام من بادن بادن الساعة ١٠ — ١٦ والوصول الى ميلانو الساعة ٢٢ — ٢٥
الاثنين ١٨ منه	السفر من ميلانو الى رونشينيو القيام من ميلانو الساعة ١٢ — ٢٠ والوصول الى رونشينيو الساعة ٢٠ — ١٩
الثلاثاء ١٩ منه	فى رونشينيو
الاربعاء ٢٠ منه	السفر من رونشينيوا الى فينيسيا (البندقية) القيام من رونشينيو فى أول قطار الصباح والوصول الى فينيسيا قرب الساعة ١١ صباحا
الخميس ٢١ منه	السفر من فينيسيا الى مونتكاتين القيام من فينيسيا الساعة ١٠ — ٤٠ والوصول الى مونتكاتينى الساعة ١٨ — ٢١
الجمعة ٢٢ منه	فى مونتكاتينى
السبت ٢٣ منه	السفر من مونتكاتينى الى روما القيام من مونتكاتينى بأول قطار الصباح زيارة فلورنسا والغذاء فيها والوصول الى روما فى آخر النهار
الاحد ٢٤ منه	فى روما . زيارة المعاهد العلمية والمستشفيات وغيرها طول النهار بالسيارة

الثلاثاء والاربعاء والخميس } السفر من روما الى نابلى والركوب فى الباخرة اليابانية
٢٦ و ٢٧ و ٢٨ منه } القيام من روما الساعة ٩ ـ ٥٠ والوصول الى نابلى ١٤ـ٢٥
الجمعة ٢٩ منه الوصول الى بور سعيد ومنها الى القاهرة

ولمحل كوك الحق فى تعديل مواعيد قيام البواخر اذا لزم وسيعرف المشتركين عن ذلك قبل الموعد بوقت كاف

مزايا المياه المعدنية التى ستزورها الرحلة الطبية المصرية

أمراض الـكلى

فيتيل . كونتركس بفرنسا . رونشينيو بايطاليا . بادن بادن بألمانيا

أمراض الـكبد والسكر والزلال

فيشى و بريد بفرنسا . مونتكاتينى بايطاليا

أمراض الامعاء

شاتيل جيون و بلومبيار بفرنسا

أمراض القلب

رويا بفرنسا . . باد نوهيم بألمانيا

أمراض الروماتزم

اكس ليبان بفرنسا

أمراض الجلد

لابور بول واور ياج بفرنسا

أمراض درن الاطفال

برك بلاش بفرنسا

أمراض النساء

لوكسايل بفرنسا

اجتماع الجمعية العمومية

غير الاعتيادية (الجلسة الثانية)

١٨ فبراير سنة ١٩٢٧ — دار نادى مدرسة الطب

اجتمعت الجمعية العمومية غير الاعتيادية برئاسة حضرة صاحب العزة على بك ابراهيم بدار نادى مدرسة الطب وقد افتتحت الجلسة فى الساعة العاشرة والربع صباحاً . وعرضت اقتراحات المجلس بشأن نظام تحرير المجلة فوافقت الهيئة على الآتى : —

(١) يعمل ملخص بلغة أجنبية عن المقالات الموضوعة (Original) والمشاهدات الغريبة — بما فى ذلك المحاضرات — ويستصوب أن يقوم الكاتب للمقالة بعمله وان لم يستطع فتقوم اللجنة بذلك

(٢) تعنى المجلة عناية خاصة بمسائل الصحة العامة وتعطى مكافأة جنيهين عن كل مقالة فى ذلك

(٣) يخصص مقال أو جملة مقالات لعلاج الامراض كثيرة الانتشار بشكل واف يرمى الى مساعدة الأطباء الحديثين

(٤) تترجم المقالات ذات الاهمية الخاصة التى تظهر فى المجلات الانجليزية والفرنسية والالمانية كما تترجم خلاصات لبعضها مقابل مكافأة جنيه مصرى لكل مقال

(٥) يصدر فى المجلة فصل خاص بالاخبار الطبية المحلية والخارجية

(٦) أن يعهد فى تحرير المجلة الى محرر طبيب يعين بمكافأة قدرها مائة

جنيه سنوياً يعينه مجلس الادارة ويكون مسؤولا أمامه

(٧) الموافقـة على أن يفوض للمجلس اختيار ثلاثة مراقبين لمواد المجلة وذلك لكى يكون حسن اختيار المقالات الموضوعة والمترجمة مؤكداً

(٨) أن يستأجر مكان خاص للمجلة والجمعية وتوضع به المكتبة وقد أعلن حضرة الرئيس عند ذلك تبرعه بالمكان فى عيادته بدون مقابل — فقررت الهيئة اعلان خالص شكرها لحضرته على ذلك

(٩) الموافقة على تعيين كاتب خاص للمجلة براتب شهرى قدره خمسة جنيهات ومصحح براتب ثلاثة جنيهات عن كل عدد

(١٠) الموافقة على تفويض المجلس اختيار ثلاثة محكمين من الاعضاء من خارجه

(١١) الموافقة على تخفيض اشتراك جمعية الاسكندرية الى ٦٠٠ مليم عن كل عضو

(١٢) الموافقة على قبول أعضاء شرف منتسبين ليست لهم حقوق الاعضاء الاصليين مقابل دفع اشتراك المجلة

(١٣) تعديل المادة الرابعة ب باضافة الفقرة الآتيـة : وهى المجلة الطبية المصرية

ورفعت الجلسة فى الساعة ١٢ ظهراً بعـد أن تقرر تأجيل الاجتماع العادى لاجراء الانتخابات الخ ثلاثة أسابيع ؟

١٨ فبراير سنة ١٩٢٧ السكرتير

الدكتور محمد خليل عبد الخالق

قانون

الجمعية الطبية المصرية

الباب الاول — فى أغراض الجمعية ووسائلها

المادة الاولى — تأسست بالقاهرة جمعية طبية تسمى الجمعية الطبية المصرية

المادة الثانية — أغراض الجمعية هى :

(١) زيادة التعارف وايجاد التعاون والتعاضد بين أعضائها

(٢) تبادل الآراء الطبية

المادة الثالثة — لغة الجمعية الرسمية هى اللغة العربية ويمكن بصفة استثنائية التصريح بالتكلم بلغة أجنبية

المادة الرابعة — وسائل الجمعية هى :

(ا) انشاء ناد للاطباء ومكتبة تحوى الكتب الطبية القيمة

(ب) تحرير مجلة طبية — هى المجلة الطبية المصرية

(ج) الاهتمام بصفة خاصة بأمراض القطر المصرى من حيث اجراء المباحث فيها والعمل على مقاومتها

(د) الاهتمام بنشر اللغة الطبية العربية

المادة الخامسة — للجمعية أن تمد يد المساعدة الادبية والمادية لاعضائها عند الاقتضاء بحسب ما يراه مجلس الادارة

الباب الثانى — فى الاعضاء

المادة السادسة — كل طبيب مصرى يصرح له بتعاطى صناعته بالقطر المصرى ولم يصدر فى حقه حكم يخل بالشرف يجوز قبوله عضواً فى الجمعية

المادة السابعة — ينقسم أعضاء الجمعية الى :

(ا) أعضاء شرف

(ب) أعضاء منتسبين

(ج) أعضاء داخل القاهرة

(د) أعضاء خارج القاهرة

المادة الثامنة — ا . يجوز للجمعية العمومية بناء على اقتراح مجلس الادارة انتخاب رؤساء شرف وأعضاء شرف لها من الاطباء

ب . ويجوز قبول أعضاء منتسبين يدفعون قيمة اشتراك المجلة وليس لهم حقوق الاعضاء الاصليين

المادة التاسعة — كل طبيب يريد الالتحاق بالجمعية عليه أن يقدم طلباً كتابياً لمجلس الادارة يزكيه — اثنان من الاعضاء — يتعهد فيه بقبول قانون الجمعية ودفع الاشتراك السنوى سلفاً وعلى سكرتير مجلس الادارة أن يعلن أسماء الاعضاء الجدد فى أول جلسة علمية تعقب تقديم الطلب

الباب الثالث — أموال الجمعية وطرق صرفها

المادة العاشرة — يتكون رأس مال الجمعية من الاشتراكات والتبرعات التى يقبلها مجلس الادارة وتقبل الجمعية بأن تقوم بتنفيذ ارادة المتبرعين والمتبرعات لعمل شىء فنى يفيد الطب والمرضى

المادة الحادية عشرة — تصرف أموال الجمعية فى الوجوه التى يراها مجلس الادارة ضرورية لسير الجمعيـة وتقدمها ومنها الاشتراك فى المجلات ومشـترى الـكتب والادوات المفيدة

المادة الثانية عشرة — على الجمعية العمومية أن تنتخب واحداً أو اثنين من الاعضاء سنوياً لمراقبة الحسابات وللنظر فى شكاوى الاعضاء المختصة بالاشتراكات وعليه أو عليهما أن يقدم أو يقدما تقريراً سنوياً عن ذلك قبل انعقادها

الباب الرابع — فى الاشتراكات

المـادة الثالثة عشرة — قيمة الاشتراك السنوى هى جنيه مصرى ونصف للاعضاء داخل القاهرة وجنيه مصرى واحد للاعضاء خارج القاهرة

المادة الرابعة عشرة — قيمة الاشتراك يجب دفعها سلفاً . وكل عضو يتأخر عن دفع الاشتراك بعـد اعلانه بطريق التسجيل لا يكون له حق الاشتراك فى أعمال الجمعية أو الانتفاع بمزاياها الى أن يدفع المطلوب منه فى المدة المتأخرة

المادة الخامسة عشرة — تعتبر سنة العضو من يناير من كل سنة وليس لاى عضو يستقيل أو يشطب اسمه الحق فى مطالبة الجمعية برد اشتراك باقى السنة

الباب الخامس — فى مجلس الادارة

المـادة السادسة عشرة — يكون للجمعية مجلس ادارة مكون من أحد عشر عضواً وهم الرئيس ووكيلان وأمين الصندوق وسكرتير أول وسكرتير ثان وخمسة أعضاء ينتخبون بالاقتراع السرى فى الجمعيـة العمومية الاعتيادية التى تعقد فى شهر يناير من كل سنة حسب القواعد المدونة فيما يلى

المـادة السابعة عشرة — يسقط سنوياً الرئيس وخمسة من أعضاء مجلس

الادارة بالاقتراع أول سنة و بالتناوب بعد ذلك . و يجدد انتخابهم بالاقتراع السرى دائماً من الجمعية العمومية الاعتيادية ويجوز اعادة انتخابهم على أن يمضى العضو سنة خارج المجلس

المادة الثالثة عشرة — يدير مجلس الادارة حركة الجمعية مالياً واداريا . بما يلزم لتحقيق أغراضها

المادة التاسعة عشرة — لا يصح انعقاد مجلس الادارة الا بحضور ستة من أعضائه على الاقل . وتكون قراراته بالأغلبية . وعند تساوى الأصوات يرجح جانب الرئيس

المادة العشرين — رئيس مجلس الادارة هو رئيس الجمعية العامل وهو الذى يمثلها عند الاقتضاء

المادة الحادية والعشرون — عند غياب الرئيس يقوم أكبر الوكيلين سناً بأعماله وعند غياب الوكيلين يقوم مقامه أكبر الاعضاء سناً

المادة الثانية والعشرون — أمين الصندوق يتسلم أموال الجمعية و يضعها فى مصرف و يصرف منها بامضائه وامضاء الرئيس أو من ينوب عنه وفقاً لقرارات مجلس الادارة

المادة الثالثة والعشرون — يقوم السكرتير الاول بملاحظة الاعمال الكتابية ودعوة الاعضاء ونشر محاضر الجلسات والمحاضرات

المادة الرابعة والعشرون — يقوم السكرتير الثانى بعمل محاضر الجلسات العلمية و يقوم مقامه السكرتير الاول عند غيابه

الباب السادس — فى تحرير المجلة الطبية المصرية

١ — الادارة

المادة الخامسة والعشرون — يقوم بمهام تحرير المجلة طبيب يعينه مجلس الادارة

بمكافأة سنوية ويكون مسئولا أمام المجلس

المادة السادسة والعشرون — على مجلس الادارة أن يستأجر مكاناً خاصاً للمجلة ويكون مركزاً لادارة الجمعية وتحفظ به الكتب المهداة لها

المادة السابعة والعشرون — يختار المجلس ثلاثة من أعضاء الجمعية لمراقبة مواد المجلة وذلك لكى يكون حسن اختيار المقالات الموضوعة والمترجمة مؤكداً

ب — نظام التحرير

المادة الثامنة والعشرون —

الفقرة الاولى — تعين ادارة التحرير من يلزم من الموظفين للاعمال الكتابية والتصحيح

الفقرة الثانية — يصدر بالمجلة ملخص بلغة أجنبية عن المقالات الموضوعة والمحاضرات والمشاهدات الغريبة ويستصوب أن يقوم الكاتب بعمل الملخص باللغة التى يريدها وان لم يستطيع فتقوم ادارة التحرير بذلك

الفقرة الثالثة — تعنى ادارة التحرير عناية خاصة بمسائل الصحة العامة ويخصص مبلغ جنيهين لكل مقال عن ذلك

الفقرة الرابعة — تخصص الادارة مقالا أو جملة مقالات لعلاج الأمراض الكثيرة الانتشار بشكل واف يرمى الى مساعدة الاطباء الحديثين

الفقرة الخامسة — تترجم المقالات ذات الاهمية الخاصة التى تظهر بالمجلات الانكليزية والفرنسية والألمانية كما تترجم خلاصات منها مقابل جنيه مصرى واحد لكل مقال

الفقرة السادسة — يصدر فى المجلة فصل خاص بالاخبار الطبية المحلية والخارجية

الباب السابع — فى الجلسات العلمية

المادة التاسعة والعشرون — تجتمع الجمعية الطبية مرة كل شهر على الاقل

فى جلسة علمية يحدد ميعادها مجلس الادارة بعد الوقوف على رغبة أغلبية الاعضاء

المادة الثلاثون — لجميع الاعضاء الحق فى حضور الجلسات العلمية والقاء المحاضرات والدخول فى المناقشات بالشروط الخاصة بنظام الجلسات

المادة الحادية والثلاثون — على كل عضو يريد أن يلقى محاضرة طبية أن يخطر السكرتير الاول بعنوان موضوعه قبل الجلسة بأسبوعين على الاقل وعليه أن يترك نسخة من محاضرته للسكرتير بعد القائها

المادة الثانية والثلاثون — الجلسات العلمية علنية ولكل طبيب يحافظ على النظام أن يحضرها ولكن ليس لغير أعضاء الجمعية حق الاشتراك فى مناقشاتها

المادة الثالثة والثلاثون — يرأس الجلسات العلمية رئيس الجمعية ومع ذلك فله أن ينتدب من وقت لآخر من يرى فيه اللياقة لرئاستها وادارة حركة المناقشة فيها

الباب الثامن — فى الجمعية العمومية

المادة الرابعة والثلاثون — لجميع الاعضاء الذين قاموا بتسديد قيم الاشتراك وحدهم الحق فى حضور الجمعية العمومية الاعتيادية التى تنعقد فى شهر يناير من كل سنة للتصديق على الحسابات والنظر فى تقرير مجلس الادارة واجراء الانتخابات وبحث اقتراحات الاعضاء

المادة الخامسة والثلاثون — يجوز لاعضاء الجمعية الذين لا يمكنهم حضور الجمعية العمومية الاعتيادية أن يبعثوا للسكرتير الاول بقائمة من يرون انتخابهم للرئاسة وعضوية مجلس الادارة

المادة السادسة والثلاثون — لا تصح قرارات الجمعية العمومية الاعتيادية الا اذا حضر خمسون عضواً على الاقل فان لم يتكامل هذا العدد يؤجل الانعقاد أسبوعين وحينذاك تكون القرارات صحيحة مهما كان عدد الحاضرين وتصدر القرارات بالاغلبية المطلقة

المادة السابعة والثلاثون — ترسل للاعضاء دعوة لحضور الجمعيـة العمومية الاعتيادية من السكرتير الاول قبل تاريخ انعقادها بأسبوعين على الاقل و يذكر فى الدعوة برنامج الاعمال و ينشر عنها فى الجرائد

المادة الثامنة والثلاثون — يرأس جلسة الجمعية العمومية رئيس الجمعية أو من يقوم مقامه طبقاً للمادة الثانية والعشرون و يقوم السكرتير الاول بملاحظة أعمال الجلسة يعاونه فى ذلك السكرتير الثانى

المادة الثامنة والثلاثون — للجمعية العمومية بموافقة ثلثى الاعضاء الحاضرين أن تشطب اسم أى عضو يأتى عملا يضر بسمعة الجمعية أو يخل بالشرف بعد الاطلاع على التحقيق الذى يكون قد أجراه مجلس الادارة وسماع دفاع العضو

المادة التاسعة والثلاثون — يجوز لمجلس الادارة من تلقاء نفسه أو بناء على طلب كتابى من عشرين عضواً على الاقل ان يدعو الجمعية العمومية لجلسة فوق العادة بشرط أن تكون متوفرة فيها أحكام الجلسات الاعتيادية

الباب التاسع — فى تغيير القانون وحل الجمعية

المـادة الاربعون — كل تغيير يحصل فى القانون الحالى يجب عرضه على الجمعية العمومية الاعتيادية بواسطة مجلس الادارة ويجب أن يرسل مشروع التغيير مع الدعوة الى الاعضاء قبل الانعقاد بأسبوعين على الاقل

المادة الحادية والاربعون — حل الجمعية لا يكون الا باجتماع الجمعية العمومية اجتماعاً خاصاً لهذا الغرض ويجب أن يوافق على ذلك ثلاثة أرباع الاعضاء الحاضرين الذين يقررون وقتئذ الوجوه التى تصرف فيها أموال الجمعية التى لايجوز بحال من الاحوال اعادتها الى الاعضاء وتحول كتب الجمعية وأوراقها الرسمية على دار الكتب المصرية

‹ اينسولين › تابلويد ›

هيپودرميك هيدروكلوريد

١٠ عيارات (نقى طاهر)

TRADE MARK ‘TABLOID’ BRAND INSULIN
Hypodermic HYDROCHLORIDE
(Sterile) 10 UNITS

وهو الاينسولين الانكليزى الوحيد المصنوع بواسطة الضغط والتضييق .

وهو احدث الترقى الذى حصل من التجارب العديدة التدريجية التى اجريت بالاينسولين بمعرفة بروز ولكم وشركائهم .

ثم ان التابلويد يشتمل على الجرعة الحقيقية اللازمة بوجه الضبط وهو خفيف الحمل سهل النقل .

ويمكن تجهيز المحصول بتحليله فى الحال باية قوة كان بدون ظهور تلف من املاء الحقنة بالمادة .

ويعطى للاطباء داخل باكتين اى صرتين . فالواحدة نمرة ١٥٠ من الكارطون اى الورق المقوى تحتوى على ١٠ تابلويدات فى انبوبة واحدة . والثانية نمرة ١٥٢ داخل ورق كارطون ايضا فى ١٠ انابيب كل انبوبة منها تشتمل على تابلويد واحد .

‹ اينسولين › ولكم ›

TRADE MARK ‘WELLCOME’ BRAND INSULIN

وهو نقى طاهر للغاية وثابت بصورة خارقة للعادة اذ اتضح انه لا يتلف ولا يضعف قط تأثيره فى البلاد الحارة .

يعطى للاطباء داخل زجاجات صغيرة مسدودة بسدادات من الكاوتشوك داخل كل زجاجة منها ١٠٠ عيار فى ٥ سانتيمترات مكعبة (١٠ جرعات) .

يرسل الى كل من يرغب رسالة مطبوعة باللغتين الانكليزية والفرنساوية تحتوى على معلومات الكلينيكية طبية وملاحظات لحمية وغيرها فيما يختص بالحمية من المأكولات .

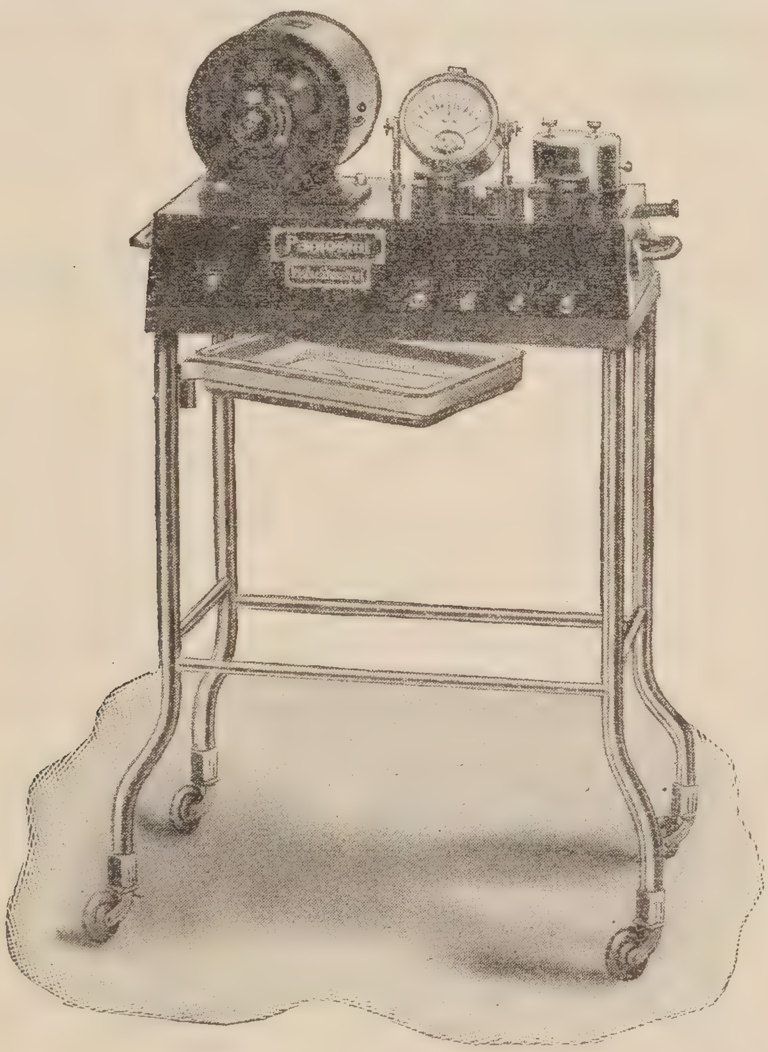
اما الاثمان المعتادة فليسأل عنها

بروز ولكم وشركائهم

فى لندرة بانكلترة

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

AR. 144



المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبيـة المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسـعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثـابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	صفحة كاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيـه	جنيـه	جنيـه	جنيـه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

Le Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répanduc dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne puevent par conséquent que profiter à ceux que en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L. E.	A la fin de la Revuc L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Fgyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Avertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L. E.	30	20	12	10
Back Section. L. E.	25	15	10	8

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

الادارة : بشارع زين العابدين بالسيدة زينب — بمصر

Rue Zein El Abdin — Sayeda — CAIRO

العدد الرابع　ابريل ١٩٢٧ APRIL 1927　السنة العاشرة

الفهرس

الاشتراكات : ٦٠ داخل القطر و ٨٠ خارجه وللطلبة نصف القيمة

الاعلانات : تخابر الادارة بشأنها وأجور النشر مبينة بظهر المجلة

الرسائل والمكاتبات : ترسل باسم الدكتور محمد حمدى بالادارة

م . الاعتماد — ١٠٠٠ — ٢٧

الاشتراكات المتأخرة

اعلنت المجلة فى عددها السابق حضرات المشتركين لضرورة تسديد الاشتراكات المتأخرة لدى حضراتهم عن السنة الجديدة وحيث أنه لا يزال هناك عدد لم يسدد المطلوب فالادارة تعلن حضراتهم أنها فى حالة عدم ارسال القيمة فى خلال اسبوعين من تاريخه ستضطر مع مزيد الأسف لمنع أرسال الاعداد ؟

المجلة الطبية المصرية

لسان حال الجمعية الطبية المصرية

تصدر فى أول كل شهر شمسى وسنتها عشرة شهور

العدد الرابع | أبريل سنة ١٩٢٧ | السنة العاشرة

تأثير الاعمال الزراعية بوادى النيل

على انتشار مرض البلهارسيا

مشاهدات فى مزارع شركة وادى كوم امبو

بقلم الدكتور محمد خليل

M. D, Ph. D, M. R. C. P.

أستاذ علم الطفيليات بكلية الطب بالجامعة المصرية

فى عام ١٩٢٣ قمت بفحص بول وبراز ثمانين شخصا بمدينـة ادفو بالوجه القبلى للتحقق من نسبة العدوى بالطفيليات فى تلك الجهـة وهؤلاء الاشخاص لم ينتخبوا بل أخذوا من بين المرضى المترددين على مستشفى الرمد المتنقل

وقد أظهر الفحص أن العـدوى بالطفيليات كانت على وجه العموم قليلة فى

تليت هذه الرسالة فى مؤتمر المعهد الملكى للصحة العامة بمدينة برستول بانجلترا سنة ١٩٢٦
ونشرت فى مجلة الطب الصحى Journal of State Medicine Vol. 34, No 8. —1926

تلك المنطقة اذا قورنت بالمناطق الاخرى فى الوجه البحرى كما ظهر أيضاً أن معظم من وجدوا مصابين ببلهارسيا الجهاز البولى قد نزحوا من كوم امبو وهى مدينة تلى ادفو جنوباً . أما العدوى بالبلهارسيا المانسونى فكانت معدومة بالكلية

والذى لفت النظر الى هذه الجهة مرة أخرى هو أنه عند فحص المذنبين بلبمان طره للوقوف على مدى العدوى بالطفيليات بينهم لوحظ أن المذنبين الآتين من منطقة كوم امبو هم من بين الفئات المصابة بعدوى البلهارسيا بنسبة كبيرة ولذلك رؤى القيام بفحص أهالى هذه المنطقة فى يناير سنة ١٩٢٦

موقع كوم امبو — تقع كوم امبو على الشاطئ الايمن للنيل وهى احدى مراكز مديرية أسوان التى بها يضيق مجرى النيل الى حد كبير وينحدر بين سلسلتين عاليتين من التلال — ولا يزرع من أراضى تلك المديرية الاجزء ضيق من الارض على شاطئ النهر وذلك فى أيام الفيضان فقط . والترع الدائمة لا وجود لها هناك وهذا هو السبب فى خلو تلك المنطقة تقريباً من البلهارسيا أما فى منطقة كوم امبو فهناك سلسلة من الجبال واقعة على الجانب الايمن للنيل وتبعد كثيراً عن شاطئه فتكون سهلا مرتفعاً عن سطح الماء بنحو ٢٣ متراً أبان التحاريق و١٦ متراً أثناء الفيضان وكان هذا السهل قاحلا الى وقت قريب

تاريخ الاعمال الزراعية بكوم امبو — حوالى سنة ١٩٠٤ تأسست شركة لزرع تلك المنطقة الكبيرة التى تقدر بحوالى مائة ألف فدان وقد أقامت الشركة طلمبات كبيرة لسحب الماء من النيل تقدر قوتها بستة آلاف وخمسمائة حصاناً وقد حفرت ترعة ذات نهاية مسدودة وسميت ترعة كاسل تخليداً لذكرى السير أرنست كاسل أحد مؤسسى المشروع المذكور وأنشئت عدة قرى بلغ عددها خمساً وثلاثين قرية مركزها الرئيسى مدينة كوم امبو التى هى محل سكن موظفى الشركة ويبلغ عدد سكان المنطقة ثلاثين ألفاً أما مساحة المنطقة المنزرعة فتبلغ فى الوقت الحاضر

من عشرين الى ثلاثين ألف فدان حسب الفصول الزراعية وتستمر الزراعة طول السنة حيث تزرع الارض زرعتين ، والمحاصيل الرئيسية هى قصب السكر والقطن والحبوب

الحالة الصحية

اذا استثنينا مدينة كوم امبو التى بها بعض النظام الصحى نجد أن الخمس والثلاثين قرية التابعة لها خالية بالكلية من الانظمة الصحية ففى كوم امبو توزع المياه فى أنابيب الى منازل الموظفين ولكنها مياه غير مرشحة. و بعض هذه المنازل مجهزة بمرشحات مركبة على أنابيب الماء للشرب

والمنازل المهمة مجهزة بمراحيض تنصرف الى خزانات غير صماء أما فى القرى فليس هناك نظام صحى لمياه الشرب كما لا يوجد فى كل قرية الا مرحاض واحد فى منزل الملاحظ. ومنازل القرية لا توجد بها أية وسيلة لقضاء الحاجة فما على الاهالى الا أن يقصدوا الترع وقضاء حاجتهم من التبول أو التبرز على شواطئها وفى الوقت نفسه يستمدون مياه الشرب من نفس الترع فى أوانٍ من الفخار

الفحص المجهرى (الميكرسكوبى) للمواد البرازية

فحصت ٣١٩ شخصاً وقد طلبت عينة من البول وأخرى من البراز من كل شخص فقدموا جميعهم عينة من البول وأما عينات البراز فلم تقدم الا من ٢١٦ شخصاً وكانت النتيجة كالآتى : —

البول

عدد العينات التى فحصت	٣١٩	
ايجابية للبلهارسيا الهيماتو بيوم	٢١٧	(٦٨ ٪)

البراز

عدد العينات التى فحصت	٢١٦	
ايجابية للبلهارسيا الهيماتو بيوم	٦	(٢٫٨ ٪)
انكلستوما	٥٢	(٢٤ «)
اسكارس	٦	(٢٫٨ «)
هيمنولبيس	١٦	(٧٫٤ «)

العدوى بين الاهالى الذين لم يزايلوا المنطقة

لما كان من الجائز أن هؤلاء العمال قد أصيبوا بالعدوى أثناء تجولهم واشتغالهم فى خارج هـذه المنطقة قبل نزوحهم اليها رؤى فحص عدد من الاطفال الذين ولدوا وتربوا داخل حدود تلك الجهـة ولذلك فحص ٧٩ صبيا من الذين يترددون على المدارس الاولية منهم ٥٢ ولدوا وتربوا داخل حدود المنطقة و ٢٧ ممن ولدوا خارجها ولكنهم عاشوا بعـد ذلك فيها . وكانت أعمار الاولاد تتراوح بين ٤ و ١٢ سنة . أما نتيجة فحص الاولاد الذين ولدوا فى المنطقة ولم يغادروها أثناء حياتهم فهى كما يأتى : —

فحص البول — كوم امبو

عدد العينات التى فحصت	٥٢	
ايجابية للبلهارسيا الهيماتو بيوم	٤٣	(٨٢٫٧ ٪)

فحص البراز

عدد العينات التى فحصت	٤٢	
ايجابية للبلهارسيا الهيماتو بيوم	٥	(١٢ ٪)
« للانكلستوما	١١	(٢٦٫٨ «)
« للاسكارس	٣	(٨ «)
« للهيمنولبيس	٨	(١٩ «)

العدوى بين أولاد الطبقات المتوسطة

توجد فى تلك الجهـة مدرسة ابتدائيـة للبنين وأخرى للبنات يؤمهما أولاد الموظفين وهم عادة حسنو الهندام و يلبسون الاحذية . أما نتيجة فحصهم فكانت كالآتى : —

البول	المدرسة الابتدائية	مدرسة البنات
عدد العينات التى فحصت	٥٣	٥٨
ايجابية للبلهارسيا هيماتو بيوم	٣٩ (٧٣ر٦٠/٠)	١٦ (٢٧ر٦٠/٠)

البراز

عدد العينات التى فحصت	٥١
ايجابية للانكلستوما	٢ (٤٠/٠)
« للهيمنولبيس	٤ (٨٠/٠)

العـدوى بين العمال

فحص ١٢٤عاملا من قرى متعددة وقد ظهر أن ١٥ فى المائة ممن قدموا عينة من البول والبراز خالون من العدوى وكانت نتيجة الفحص كالآتى : —

البول

عدد العينات التى فحصت	١٢٤	
ايجابية للبلهارسيا الهيماتو بيوم	٩٣	(٧٥٠/٠)

البراز

عدد والعينات التى فحصت	٩٩	
ايجابية للبلهارسيا الهيماتو بيوم	١	(١٠/٠)

ايجابية للانكلستوما	٣١	(٣١٪)
« للاسكارس	٣	(٣٪)
« للهيمنولبيس	٣	(٣٪)

الخلاصة

العـدوى بالبلهارسيا هيماتو بيوم

ظهر من نتيجة الفحص الميكرسكوبى أن العدوى بالبلهارسيا هيماتو بيوم متوطنة فى تلك المنطقة وأن ٨٢ر٧ فى المائة من الاطفال الذين تربوا هناك مصابون بها ونسبة العدوى بين الاهالى الذين ولدوا خارجها ولكنهم مضوا سنة أو أكثر، أقل بشىء يسير من هذه النسبة . أما قلة العـدوى بين أطفال الطبقة المتوسطة وعلى الاخص البنات منهم فترجع الى عدم تعرضهم للعدوى من الترع

أما العدوى بالبلهارسيا مانسونى فمعدومة بالكلية

وترجع قلة العدوى بالانكلستوما الى الجفاف النسبى فى تلك الجهات اذ أنها حديثة العهد بالزراعة وأرضها أعلى من سطح النيل بمقدار ١٦ — ٢٣ متراً

العدوى بالاسكارس

ان ندورة العدوى بالاسكارس تعد من الامور المهمة مع أن الحالة الصحية غير معتنى بهـا كما يجب وقد دعانى ذلك الى البحث فوجدت أن المواد البرازية لا تستعمل مطلقاً كسماد فى الحقول الزراعية .

ويوجد بجوار هـذه المنطقة تل تصلح طينته أن تكون سماداً ويكاد يكون المورد الوحيد للسماد لكل المنطقة . كما يوجد خط سكة حديد ضيقة يخترقها يستخدم لتسهيل نقل السماد

وقد يكون من المفيد أن نقارن بين هذه الحالة وحالة منطقتين أخريين وهما

طره وبور سعيد حيث يكثر وجود الاسكارس ففى طره بين ثلاثة آلاف مسجون وسجان نجد أن عدوى الاسكارس حوالى ٦٤ فى المائة زد على ذلك أن مدى انتشار العدوى يزيد نسبياً مع طول الوقت الذى يمضيه الشخص فى السجن (بخلاف عدوى الانكلستوما التى تنقرض بالتدريج) والنظام الصحى فى السجن نظام لا بأس به من حيث منع تلويث الارض غير أن العدوى بالاسكارس هنا منشؤها مزرعة فى الصحراء بجوار السجن تستعمل فيها المواد البرازية كسماد وتنقل منها الخضراوات الملوثة الى المطبخ حيث تنظف قبل طبخها وهنا يحدث تلويث الايدى والاوانى فتحصل العدوى . أما فى بورسعيد فان هناك نسبة هائلة بعدوى الاسكارس وهذه النسبة هى ٧٣٫٦ فى المائة من بين ٣١٨١ شخصاً حضروا للعلاج بمستشفى الانكلستوما والبلهارسيا فوجدوا مصابين بها . ومياه الشرب هناك لا شك فى نقاوتها كما أنه لا يوجد من الاهالى من يشتغل بالزراعة حيث أن البلد محوطة بالبحر والصحراء غير أن للمدينة مزرعة تروى بمياه المجارى ومع أن زرع الخضراوات فيها يعتبر ممنوعاً الا أنه شوهدت خضراوات مزروعة لحساب مؤاجرين أغرتهم ارتفاع أسعارها ببور سعيد

فاذا قورنت الحالة فى هاتين المنطقتين بالحالة فى كوم امبو لكننا محقين فى الوصول الى هذه النتيجة وهى أن استعمال فضلات الانسان فى السماد هو العامل الاصلى لانتشار عدوى الاسكارس

بحث ترع المنطقة

بالبحث عن الاصداف فى ترع تلك المنطقة وجد الآتى : —

(١) كور بيكيولا كونسور بينا — Carbicula consorbina cailliaud

(٢) ميلانيا تيوبر كيولاتا — Melania tuberculata

(٣) كليو بترا سيكلستوميدس — Cleopatra. cyclcstomoides

(٤) كليو بترا بوليمويدس	Cleopatra bulimoeides.
(٥) فيزا اكيوتا	Physa acuta.
(٦) بولينس دايبوسكي	Bullinus dybowski
(٧) « كونتورتس	Bullinus contorytus.
(٨) « انيسى	Bullinus innesi.

والأربعة الأولى وجدت بكثرة وأما جنس البولينس فنوع الديبوسكى أكثرها وجوداً ولم توجد أصداف من نوع البلانوريس وهذا يبين بوضوح السبب فى عدم تفشى البلهارسيا ما نسوناى

كيف دخلت أصداف البولينس فى تلك الجهة

لا توجد قواقع البولينس بأية كمية فى مجرى النيل ولو أن هناك احتمالا بأنها تنتقل من جهة لاخرى بالنيل ولما كانت كوم امبو قريبة من خزان اسوان فقد ظن فى أول الامر بأنها ربما تكون متولدة هناك وتحمل بواسطة المياه فرؤى بحث الخزان عن وجود قواقع فيه وكذلك المنطقة المجاورة والقنوات الموجودة بحدائق وزارة الأشغال هناك ولكن لم يوجد بها الا صدفة واحدة من نوع كوربيكيو لاكونسوربينا . ولما كان قفل الخزان قد تم قبل زيارتى مباشرة فقد كان مملوءاً بالماء ولذا فان هذه النتائج ليست نهائية . ومن المعروف أن القواقع تنتقل كبويضات على أقدام الطيور المهاجرة فاذا تركت فى جهة مناسبة فانها تتناسل بكميات وافرة

مكافحة البلهارسيا بكوم امبو

نظراً لكثرة عدد الأهالى المرضى بالبلهارسيا فى تلك المنطقة فقد رؤى انشاء مستشفى متنقل للبلهارسيا والانكلستوما لمعالجة المصابين وقد اقترح مشروعان للوقاية من العدوى

(١) زيادة قوة الطلمبات ٢٠ فى المائة ووصل نهايات الترع بالمصارف على

أن تصب هذه فى النهاية فى النيل و بذلك يمكن للمياه الزائدة عن حاجة الزراعة أن تسبب تياراً قوياً يمنع توالد وتفريخ القواقع زد على ذلك أن كل الترع المعدة للرى تجف عند عدم الاستعمال

(٢) وضع سلفـات النحاس بنسبة ٥ أجزاء للمليون لمدة ثلاثة أيام وهذه العملية تحتاج للتكرار مرتين فى العام وقد قدر مبلغ ٥٠٠ جنيهاً ثمناً لسلفات النحاس الذى يلزم للمرة الواحدة ولو أن تحسين الحالة الصحية فى المنطقة ضرورى لشدة الحاجة اليه الا أنه للاسف لا يمكن القيام به فالشركة لا تميل الى بذل المال لهذا الغرض وليس هناك من القوانين ما يضطرها لهذا العمل ولو أن فائدته تعود أولا على الشركة بتحسين صحة العمال وزيادة مجهوداتهم وذلك بخلاف الوجهة الانسانية التى ترمى الى تخفيف وطأة الامراض عن سائر البشر ؟

فحص المعدة بأشعة رونتجن
وتشخيص أمراضها

محاضرة للدكتور محمود فريد

القاها امام الجمعية الطبية المصرية

أيها السادة والزملاء الافاضل

بلغ فحص الأمراض الباطنية بالأشعة اليوم شأواً بعيداً واتخذ بين طرق الفحص المستحدثة درجة من الاهمية بمكان فأصبحنا لا نستغنى عنها اذا شئنا أن نستجلى عويص التشخيص التمييزى لكثير من الامراض . وصار الفحص بالاشعة قائماً بنفسه كالاكلينيك فهو تابع وجزء متمم له حيث يتسنى لنا بواسطة الاشعة أن نخترق بأنظارنا حجباً كثيفة من طبقات الجسم الحى لننظر ما استقر فى جوفه من أحشاء وأعضاء ونرصد حركاتها وتتبع بالعين كيفية أدائها لوظائفها الفسيولوجية ونستجلى ذلك للعين المجردة دون مشقة وعناء و بسهولة زائدة يستطيع بها الطبيب أن يضع تشخيصاً جلياً قاطعاً لحوادث قد تغمض على نطس الاطباء

واخترت من الكلام على تشخيص الامراض الباطنية بالاشعة ما هو خاص بالمعدة علما بأنها أشد أبواب الاشعة صعوبة وأحوج الاعضاء دقة فى تمحيص كيانها وكشف أمراضها ولنبين لحضراتكم أهمية كشف المعدة بأشعة رونتجن نذكر أننا لا نجد اليوم كتاباً قيما فى الامراض الباطنية لم يذكر فيه بين طرق الفحص المختلفة التشخيص بالاشعة وأن تباينت أساليب فحص المعدة فأجدرها بالاعتبار وأهمها ما هو خاص باستجلاء وظيفتها الفسيولوجية واثبات ما يطرأ عليها من التغيرات المرضيه (البثالوجية) ولاسبيل للوصول الى تلك الغاية الا اذا لجأنا الى الأشعة ولم نكن نعرف قبل ذلك الا فحص المعدة بواسطة اللىّ حيث تبحث

محتوياتها من الوجهة الكيماوية وانا وان كنا نقدر تلك الطريقة فى الفحص ونمنحها مالها من الاهمية والاعتبار فى تشخيص الكثير من امراضها غير أن فحص المعدة بالاشعة يدخلنا فى مجال آخر ذى أهمية كبرى تتغير به وجهة النظر فقد انتقل بنا اليوم الطب الحديث من الاقتصار على اختبار الافرازات الى اختبار القوة العضلية للمعدة والوقوف على دقائق حركاتها عند الهضم مما تجب معرفته اذا أردنا التوصل لحل كثير من المعميات البثالوجية التى كنا نقف أمامها قبل التوصل لفحص المعدة بالاشعة مكتوفى الايدى حائرين . على أننا لا نستطيع أن نمارى البتة مع ذلك فى أهمية فحص افرازات المعدة كيماوياً لاجل التوصل الى تشخيص أمراضها

وأهم ما يعنى به فى فحص المعدة بأشعة رونتجن تحديد وظيفتها وملاحظة قوة عضلاتها وليس الغرض من الفحص الاقتصار على استجلاء مدة مكث الاطعمة فى المعدة بل انا نرصد بالاشعة مبلغ حركات المعدة ونرى كيف تتقاص على ما يهبط اليها من الاطعمة فنستطيع أن نحكم لاول وهلة عن ماهية العضلات ودرجة قوتها ومتانتها ويتسنى لنا أيضاً أن نرصد حركات البواب pylorus بغاية الدقة وتقلص الاجوف Antrum peristaltic ومشاهدة الحركات الناشئة من ضيق فى أى جزء من أجزاء المعدة Stenosen peristaltic أو تصلب عضلات ذلك الجزء ونشاهد الحركات الدودية العكسية Antiperistaltic waves مما لا يتسنى لنا الوقوف عليه بأية حال من الاحوال اذا ملأنا المعدة بالغازات وحاولنا رصد حركاتها على سطح الجلد الخارجى للبطن . على أنا نستطيع أن نعين بمنتهى الدقة موقع المنحنى الاكبر great curvature والمنحنى الاصغر small curvature وأن نعين بالضبط موقع القطب الرأسى cranial pole والقطب الذنبى Caudal pole مما لا يتسنى بنفخ المعدة فترون أيها السادة أنا بالاختصار نستطيع أن نكشف بالاشعة عضلات المعدة وحركاتها والوقوف بالضبط على حالة كل جزء من أجزائها واختبار

وظيفتها بمنتهى الدقة فنعرف بالضبط موقع المعدة بنسبة ما حولها من الاحشاء ومن الهيكل العظمى مع بيـان شكل المعدة بل قد استطعنا باستجلاء الحافة الخارجية لجدر المعدة تشخيص حالات بثولوجية هامة لم نكن لنتوصل لمعرفتها دون أن نلجأ لعملية فتح البطن وسهلت الاشـعة علينا معرفة الاورام السلطانية المعدية حيث يستدل على وجودها بنقص امتلاء المعدة أو انكماشها كما أمكن مشاهدة انكماش أثر الالتحامات التقلصية من التشنجات الموضعية local spasms وغير ذلك

ولم يكن فحص المعدة التى اختفت فى غياهب التجويف البطنى بالأمر السهل حيث أن الامر فيها مخالف تمام المخالفة لما نجد عليه الاعضاء التى يحتويها القفص الصدرى فبينما نرى أن الاحشاء التى اختفت فى التجويف البطنى متساوية الكثافة فعلى النقيض من ذلك نجد محتويات القفص الصدرى من الاعضاء ، فان الرئتين مملوءتان بالهواء والقلب والشرايين أجسام صلبـة مملوءة بالدم فيتيسر لنا بسبب اختلاف الكثافة مشاهدة كل عضو على حدته فنقف بالضبط على شكل القلب وتتبع العين حركاته . ونشاهد حركات الحجاب الحاجز diaphragm بل نستطيع مشاهدة الدقائق مثل العقد الليمفاوية وأعوادها القنوية بل ويتسنى لنا فحص الرئة وبيان كل جزء من أجزائها بسهولة زائدة بل رؤية الاوعية الدموية الـكبرى وتعيين حالاتها المرضية .

أما الطريقة المستحدثة فى فحص المعدة بالاشعة التى نتبعها اليوم فتجرى على قاعدة ادخال كمية كبيرة من مادة كثيفة فى القنـاة الهضمية وكان Rieder ريدر أول من ابتكر الطريقة الحديثة فى فحص المعدة ويرجع الفضل لهولزكنشت Holxknecht فى تهذيب تلك الطريقة وجعلها عملية صالحة لكل فحص يجرى على القناة الهضمية وكان ريدر يعطى ٥٠ جراما من تحت أزوتات البزموت داخل عجينة من مدهوك البطاطس أو من دقيق بقدر ٣٥٠ جراما وقد ظهرت وقتئذ

بعض حوادث تسمم بالبزموت فاستعيض عن تحت الازوتات بكاربونات البزموت الذى هو أقل درجة منه فى التسمم وأدخل Krause كبريتات البـاريوم واستعاض بها عن البزموت . و يفضل الباريوم البزموت لانه أرخص منه ثمنا وأقل خطراً ولذلك ذاع استعماله فى المستشفيات وصادف نجاحاً عظيما . وظهر من الابحاث التى أجراها جريودل فى فرانكفورت أن الباريوم غير سام مطلقـا ولم يصادف حالة تسمم واحدة وان وجدنا فى المراجع العلميـة بعض حالات تسمم بالباريوم فقد ثبت فيـها عدم نقاوته والاوفق أن يطلب من مصنع ذى شهرة مثل مصنع مرك Merk فى دارمستات . ويؤخذ من الباريوم ١٥٠ جراما تضاف الى مخلوط من الـكاكاو الجيد بقدر ١٥ جراما وسكر بقدر ٢٠ جراماً و يضاف للجميع ٤٠٠ جراماً من المـاء ويجب تحريك المخلوط بصفة مستديمة عند طبخه فاذا برد تحول الى عجينة لينة . وهناك مركب آخر من شركة مرك يسمى Citobarium تؤخذ منهـ كمية بين ١٥٠ — ٢٠٠ جراما أو بقدر أربع الى ست ملاعق كبيرة مملوءة بأ كملها وتذاب فى قدر ¾ لتر من الماء الدافئ و يضاف الماء على البـاريوم قليلا قليلا حيث يستمر فى تحريك المخلوط بملعقة من خشب وهذا المركب سهل التناول جيد الطعم وتحضيره بسيط جدا وقد استعملته فى عيادتى الخاصة دون أن يتبين لى منه ضرر . واستعمل الآن كبريتات الباريوم النقى صنع محلات باير Bayer بليفركوزن وأحضرها باضافة الـكاكاو والسكر والماء كما سبق ذكره والمرضى تقبل على تعاطيه بسهولة زائدة مع مزيد الارتياح

القسم الفسيولوجى والبتالوجى العام

طريقة اجراء الفحص

بما أن المعدة عضو أجوف يؤدى وظيفته الهضمية فى أوقات معينة فوجب أن يقوم فحصها على قاعدتين

أولا — مشاهدة المعدة الخالية ومراقبة كيفية امتلائها

ثانياً — مشاهدة المعدة الممتلئة وملاحظة كيفية تفريغها لمحتوياتها

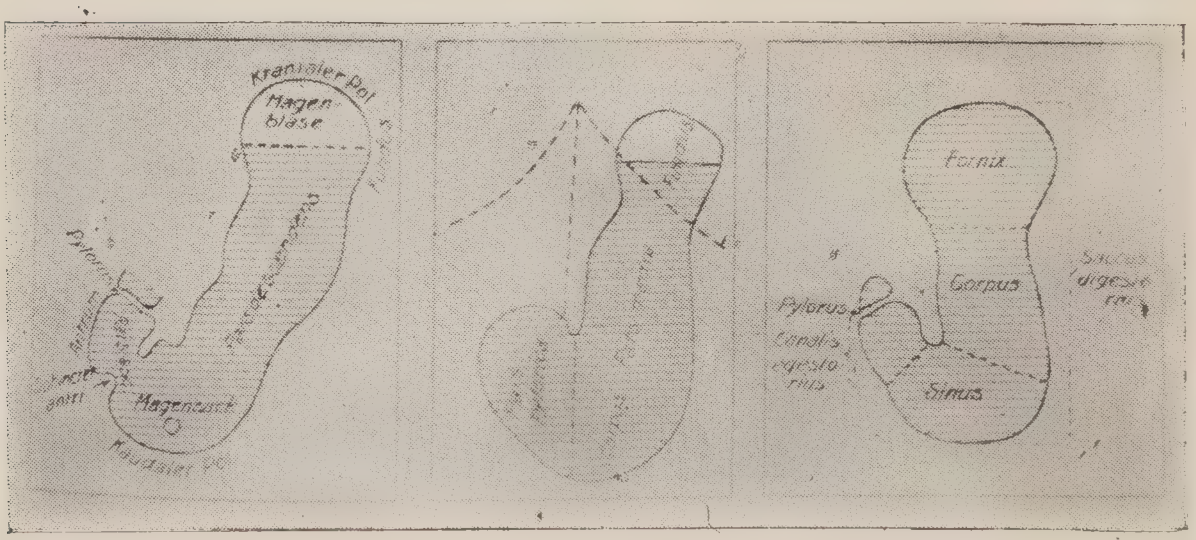
ولنا فى استجلاء ذلك طريقتان : الطريقة الامريكية وتكون باثبات مايشاهد بالأشعة على الألواح الحساسة باخذها على طريقة رسم الصور المتحركة Radiocynamaographie أو اتباع طريقة فينا وهى مشاهدة المعدة ومراقبة حركاتها وراء لوحة سيانور الباريوم وهى طريقة النظر بالاشعة Radioscopie والطريقة الامريكية مع جليل أهميتها يتطلب أجراؤها باهظ النفقات

اذا شاهدنا المعدة حالة الخلو نراها منطبقة الجدران لا يفتحها سوى دخول الاطعمة فيها والا اذا كان بين الجدران فراغ ممتلئ بغاز أو هواء لتسنى لنا استجلاء حالتها دون عناء كما نشاهد الجزء العلوى منها Fundus Verticuli الواقع تحت الحجاب الحاجز اليسرى ويعرف عند الالمان بفقاعة المعدة فاذا ما هبطت قطع الباريوم الى جوف المعدة شاهدنا كيف تتقلص عضلاتها على تلك القطع مما يعبر عنه Peristole بقوة الانقباض العضلية أو التقلص الدودى فيتجلى أمام أنظارنا شكل قمع funnel وتأخذ المعدة فى الامتلاء قليلا قليلا من أعلى الى أسفل ويشاهد وقتئذ كيف تنقبض عضلات المعدة فى أجزائها المختلفة عند مرور الباريوم عليها حتى نستجلى شكل المعدة أمام أنظارنا ممتلئة ونستطيع أن نميز فى

تلك الصورة المعـدة السليمة من المعدة البتالوجية أو الضعيفة مما يأتى الـكلام عليه فى حينه

صورة المعدة

لقد كان من المنتظر أن تكون صور المعدة بالاشعة مماثلة للصورة التشريحية ولكن الاختلاف بين كلتى الصورتين عظيم مما دعا كثيرمن المشرحين للاحتجاج على فحص المعدة بتلك الطريقة واذا أردنا أن نستجلى سبب اختلاف الصورتين لعرفنا أن المشرحين يرون المعدة جسما هامداً لا حراك به أما نحن فنرى المعدة بالاشعة جسما حياً متحركا يؤدى وظيفتـه فمثل المعدة فى تلك الحالة مثل الآلة المتحركة التى اذا أردنا تصويرها وجب رسمها فى أشكال مختلفة وصور متباينـة حسب حركاتها ومن هنا نشأت صور مختلفة للمعدة وضعها المؤلفون لا يصح اغفال ذكرها فى محاضرتنا هذه . وقد مضى الزمن الذى كانت تشبه المعدة فيـه بكيس من المطاط Ballon أو تقارن بشكل اسطوانى الخ



فورسل — لنزكنشت — جريودل

وأوضح فورسل Forselle أن بعض عضلات المعدة تختص بتقوية الجدران

وتثبيت دعائمها وفرّق بين نوعين من الحزم العضلية ، فحزمة عضلية رأسية وتتصل بالرباط المعدى للحجاب الحاجز وتقع فى جزءين أحدهما فى سطح الجدار المعدى الخارجي والآخر موازٍ للاول ويقع فى سطح الجدار المعدى الداخلى وكلاهما مثبت فى الجزء المعدى المعروف بالجسم Corpus وحزمة عضلية أخرى أفقية تنتهى عند البواب وتتصل بالرباط الكبدى الأثنى عشرى والمعدى القاولونى وبالعضلة الرافعة للاثنى عشرى فنرى أن المعدة تنقسم بذلك الى قسمين رأسى وأفقى مما يتفق مع التسمية الحديثة التى طلب فورسل أن تكون على نسق الوظيفة الفسيولوجية لا التشريحية فأطلق على القسم الاول الكيس الهضمى Saccus digastricus حيث تتخلف محتويات المعدة وتستقر فى هذا الجزء حتى تتم عملية الهضم . والقسم الثانى الكيس الطارد Saccus egastricus حيث يخرج المهضوم وما تبقى من المحتويات التى لا تهضم الا فى الامعاء وتنطرد من البواب الى الاثنى عشرى . الا أنه اذا نظرنا الى المعدة على اللوحة أو فى الصور فانا لا نستطيع أن نتخلص فى رؤية الاجوف Antrum pylori بل قد نرى أكثر من أجوف واحد ولا بد فى ذلك من الرجوع الى الاصطلاحات القديمة التى وصفها جريودل ونعترف معه بوجود الاجوف الذى لا تنطرد منه محتويات المعدة بمجرد الوصول اليه بل نشاهد حركات تقلصية Antrum peristaltic وتموجات دودية طردية وعكسية لخلط محتويات المعدة جيداً فاذا تمت عملية الهضم اندفعت تلك المحتويات فى المعى

أشكال صور المعدة

تميز للمعدة ثلاث صور

الصورة الاولى

معدة مستعرضة الوضع تشاهد دائماً فى حالة تقلص تشبه قرن الثور ويطلق

عليها معدة قرن الثور Hypertonic stomach وتصادف تلك المعدة عندالرجال الأقوياء البنية العريضين فى التركيب العظمى والمتقدمين فى السن وتشاهد عند النساء فى الشهور الاخيرة من الحمل وفى حالة تجمع الغازات فى المعى وفى أحوال الاستسقا وعند الاطفال

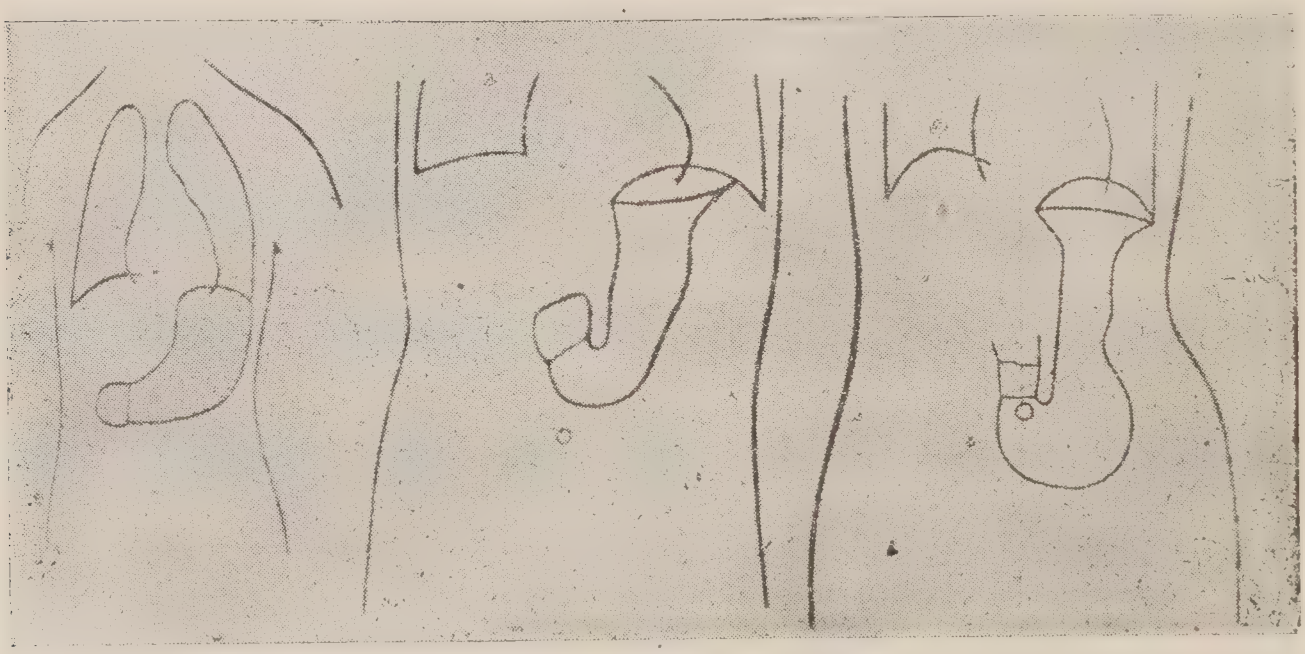
الصورة الثانية

معدة مائلة قوة عضلاتها متوسطة التوتر Normotonic Stomach يقرب شكلها من السيفون ويطلق عليها معدة سيفونية وهى المعدة التى يصادف وجودها عند ثلثى بنى الانسان ولذلك يتشبث جر يودل Groedel بان تلك هى المعدة الطبيعية.

وقد وضع Simonde احصاء هاماً فقال أن المعدة السيفونيـة تصادف فى سن العاشرة بنسبة $\frac{1}{3}$ وفى العشرين بنسبة $\frac{1}{2}$ وما بعد العشرين بنسبة $\frac{2}{3}$

الصورة الثالثة

معدة رأسية الوضع عضلاتها مرتخية Hypotonic وتصادف عند البنـات والنساء الضعيفات وتسمى بالمعدة الطويلة



معدة طويلة معدة سيفونية معدة قرن الثور

هذه هى الاوضاع التى تشاهد عليها المعدة ولـكن أيها يعتبر الوضع الطبيعى

لها . أو أى شكل من هذه تتخذه المعدة السليمة أو هل يصح أن تعتبر الصور الثلاث أشكالا طبيعية لها ؟ يجيب الاستاذ كرامر على ذلك بأن الثلاث هى معدات طبيعية بغير شك ولا يجب أن نعتبر أحداها مرضية بتالوجياً بأية حال من الاحوال اللهم الا اذا صادفنا المعدة الطويلة المرتخية العضلات Hypotonic عند رجل كبير غليظ فيتحتم وقتئذ اعتبارها كذلك وان كانت عند البنات النحيفات تعتبر معدة سليمة عادية Normal وبالعكس من ذلك اذا شاهدنا عند فتاة سقيمة نحيفة معدة قرن الثور المستعرضة فلا بد من اعتبار هذه المعدة فى تلك الحال بتالوجية وهكذا

على أن شكل المعدة الطبيعية قد يختلف بحسب التغييرات البتالوجية التى تقع فى التجويف البطنى . ولا نرى عضواً فى سائر الجسم يكون خاضعاً للمؤثرات التى تحيط به كالمعدة حتى ذهب أحد المؤلفين الى زعم أنه يستطيع الحكم على حالة الشخص العمومية من كشف المعدة واستيعابها

الموقع

توجد المعدة مثبتة فى نقطتين فى الفؤاد Cardia وتقع تحت الحجاب الحاجز من جهته اليسرى ومثبتة بحزم العضلات الرأسية مما سبق ذكره فى الرباط المعدى للحجاب الحاجز والنقطة الأخرى فى البواب على الفقرة الاولى القطنية أو الثانية غير الصدرية أو الثانية القطنية ويكون عادة فوق السرة . وكانت السرة قديماً موضعاً تنسب اليه أوضاع المعدة فكان يثبت عليها لهذه الغاية قطعة من المعدن مستديرة لتعيين مركزها واظهارها على اللوحة الفتوغرافية الا أنه كثيراً ما تختفى وراء ظل تلك القطعة المعدنية قرحة معدية قريبة من البواب على المنحنى الاصغر أو قرحة الاثنى عشرى وكثيراً ما أخفت عن أنظارنا حركات الجزء المعدى البوابى . على أن السرة غير ثابتة الوضع عند جميع الأشخاص وفى جميع الأحوال فيعتبر موضعها حسب

المؤثرات الخارجية لحالة العضلات والجلد الظاهرى أما الآن فانا نتخذ من الهيكل العظمى نقطاً مركزية ثابتــة بها تحدد مواقع المعدة فتؤخذ الحافة الخارجية لعظم الحرقفة Crista iliaca أو يؤخذ العظم العـانى ويقدر هبوط المعدة عن مركزها الاصلى بنسبة القطب الذنبى فى المنحنى الاكبر للمعدة وهو أبعد نقطة فى المنحنى الاكبر الى الاسفل ولا يجب أن تنزل عن حافة الحرقفة الا بقدر أصابع اليد أما نسبة المعدة للعامود الفقرى فتقع بقدر أصبعين من الخط المنصف للجسم ولا يجب أن نقرر هبوط المعدة الا اذا هبط البواب معها والا كانت المعدة مرتخية العضلات فقط تتمدد بحسب محتوياتها كما أنه يجب أن نفرق بين التمدد الناشئ عن ضعف العضلات الذى يزول بفراغ المعدة وبين التمدد الحقيقى الثابت الناشىء عن ترسب محتويات المعدة . ويرجع تغير موقع المعدة وشكلها للعوامل الآتية : —

أولا بسبب ضغط داخل المعدة ناشئ عن تجمع غازات أو عن محتوياتها من الكيموس أو عن ما يدخل فيها من الاطعمة وعلى قدر كميتها

ثانياً بسبب ضغط خارج المعدة يتبع قوة عضلات البطن وامتـلاء القولون فنرى فى حالة خلوه أن المعدة تميل للشكل الطويل وفى حالة امتلائه تقصر وتنقص فى الطول نقصاً ظاهراً ويغير امتلاء القولون بالغازات موضع المعـدة فيدفعها الى اليمين أو اليسار حسب الجهـة التى تتجمع فيها الغازات ويضغط المعدة الى الأعلى الحمل والاستسقاء وأورام التجويف البطنى عموماً كذلك أورام الطحال تدفع المعدة بكتلتها الى الجهة اليمنى وكذلك فى الانسـكاب الحوضى للكلى اليسرى Hydronephosis كما أنه اذا أصاب الكلى فى الجهة اليمنى دفع المعدة الى الجهة اليسرى

وقد نرى المعدة ثابتة لا تتحرك فى الجهة اليمنى ممـا يدعونا للحكم بالتهاب

المرارة مع ما حولها من الانسجة والاعضاء فنرى الاجوف مائلا الى اليسار ونرى انحناؤه اعتدل حتى صار خطاً مستقيما تقريباً وكذلك أورام الكبد تدفع المعدة بجملتها الى اليسار

ثالثاً يختلف شكل المعدة وموقعها باختلاف أوضاع الجسم فنراها فى الاستلقاء تندفع الى الاعلا وفى الوقوف الى الاسفل وفى الرقود على الجنب الى الجهة اليسرى أو اليمنى

فترون أيها السادة والزملاء الافاضل أن المعدة بذلك خاضعة لما يحيط بها من المؤثرات أما فحص المعـدة لبيان مركزها وموقع أجزائها المختلفة فيكون حالة قيام الشخص من النوم الامر الذى اصطلح عليه علماء الاشـعة فى فحص المعدة ويجب أن تكون الامعاء الغلاظ خالية وأن يكون الشخص عند قدومه للفحص على خلو لم يذق طعاماً منذ اثنتى عشرة ساعة. والافضل أن يكون فحص المعدة فى الصباح و ينبه على المريض بأن لا يتناول شيئاً بعد العشاء حتى يقدم نفسه للفحص كما هو متبع عند اجراء الفحص الكيماوى للمعدة

وكما رأيتم أيها السادة أن موقع المعدة وشكلها يتغيران بتغير المؤثرات المختلفة فكذلك الحافة الخارجية لجدار المعـدة تتبدل أشكالها ولذلك أهمية تشخيصية عظمى ويكون ذلك أما بوجود مؤثر خارجى نحو تجمع الغازات فى القولون أو وجود تغيرات بثالوجية مثل الاورام كأورام الطحال الخ مما سبق ايضاحه

واما أن يرجع ذلك لمؤثر داخلى وينشأ :

أولا — عن التشنجات الناشئة من اضطراب فى أداء الوظيفة وتكون هذه التشنجات اما موضعية أوعامة أو مصيبة لأجزاء كثيرة من المعدة كالقناة الطاردة. أو تشنج الاجوف الناشىء عن تغيرات بثالوجية كالقرحة المعدية مثلا

ثانياً — لتغيرات عضوية تغير فى شكل المعـدة فتوصف حينئذ بالمعـدة

المزولية والمعدة الشلالية . ويجب أن نفرق بين المعدة المزولية الحقيقية الناشئة عن أثر الالتحامات بعد القرحات المعدية و بين المعدة المزولية الكاذبة الناشئة فقط عن تقلصات عضلية ووجود الاورام السرطانية التى تحدث نقصاً فى امتلاء المعدة فتشوه صورة الحافة الخارجية للمعدة وتبدل أشكالها حسب مواضع الاورام من أجزاء المعدة . على أنه يجب أن نعين بمنتهى الدقة اذا كانت الاورام الواقعة فى التجويف البطنى تابعة للمعدة ومتصلة بها أو خارجة عنها فلذلك أهمية كبرى فى التشخيص . فانه لايصح مع وجود الاشعة أن نلجأ فى تعيين ذلك لفتح البطن ولا يصح أن نخدع لاول وهلة عند وقوع النظر على لوحة الفحص برؤية نقص فى خيال المعدة فنحكم عليه جزافاً بأنه ورم سرطانى . وانما يجب التحقق من المشاهدة بالضغط على المعدة فاذا لم يزل الخيال بالضغط فى جميع الاوضاع فهو ورم تابع للمعدة . ولاجل أن نقرر أنه متصل بالمعدة ، اذا صادف وقوع ظله مع خيالها ، فانه يجب أولا الاجتهاد فى تحريك الورم وابعاده عن ظل المعدة ولا بد من الجس باليد مع تحريك المريض فى أوضاع مختلفة حتى نستطيع أن نتبين أن ظل المعدة مستقل عن ظل الورم. أما اذا وقع ظل الورم بعيداً عن ظل المعدة فيسهل التشخيص بأن ليس لهذا الورم علاقة بالمعدة وكذلك فى حالة عدم امكان فصل كلا الظلين بعضها عن بعض بالطرق المتقدمة الذكر فنحكم بأن لهذا الورم علاقة بالمعدة و بأنه ملتحم فى جدرانها . وقد يقع بين شكلى معدة الرجل والمرأة اختلاف فنرى أن معدة الرجل مائلة أما معدة المرأة فهى رأسية الوضع كما أن زاوية المعدة عند المرأة أشد تحدباً منها عند الرجل م؟

(لها بقية)

اعراض خطيرة تنشأ عن وجود

دود الاسكارس

وصف حالات اكلينيكية

للدكتور حامد محمود طبيب أول مستشفى بنها

خلافة الاسكارس

التواء الامعاء بسبب الاسكارس

المثل الاول

سبب نادر لالتواء المعاء اللفائفى « Ileum » لم يذكر بعد

حامد احمد سالم ذكر صناعته عربجى نقل عمره ٢٧ سنة من طه شبر منوفية حضر لمستشفى بنها بالعيادة الخارجية فى يوم ٩/١١/١٩٢٦ فى حالة شديدة من الالم ويشكو مغصاً معوياً غير محتمل ، مدته نصف ساعة فقط وقد ابتدأ هدا المغص بينما كان ماشياً بجوار عربته ولما شعر بشدة الالم تركها فى الطريق واستقل أول سيارة عمومية مرت به الى المستشفى . وقد حدثت له حالة مثل هذه الحادثة الاخيرة حيث عالجها بوضع ردة ساخنة على البطن ومكث هذا الدور ساعتين تقريباً . وعند فحص المريض وجد فى حالة قلق شديد وتحت تأثير صدمة عظيمة يتقايأ أو يتهوع باستمرار. نبضه ٥٢ فى الدقيقة. وحرارته ٣٦° سنتجراد وجسمه مكسو بعرق بارد والبطن ممتلئة منتفخة « Tympanetic » وقد شخصنا الحالة على أنها احتباس معوى حاد وعلى ذلك عملت له عملية فى الحال حيث فتحت البطن فى الخط المتوسط وكان أول ما شاهدناه حلقة من الأمعاء الدقاق

محتقنة جداً وعند فحصها وجدت أنهـا الطرف السفلى للمعاء اللفائفى « Ileum » طولها ٤٠ سنتيمتراً تقريباً منتفخة ثقيلة الوزن وملتوية على نفسها وفى الحال أصلح الالتواء ووضع عليه شاش مغموس بمحلول ملح ساخن بعد عصره وعندئذ تحسن لون الامعاء كثيراً بعد هذه المكمدات الساخنة وكذلك موضع الالتواء الذى كان على وشك التغنغر . وقد ذكرنا آنفاً أن الحلقة كانت ذات وزن ثقيـل منتفخة كثيراً تحس كأنها محشوة بالديدان حشواً استعملت فيه القوة والواقع أننا وجدنا عدداً عظيما من ديدان الاسكارس كانت قد تحركت وتراصت الواحدة بجانب الاخرى حتى ملأت تجويف الأمعاء تماماً محدثة بذلك احتباسا ابتدائيا ضاعفه احتباس ثانوى آخر بشكل التواء معوى ناشئ عن تورم هـذه الحلقة من المعاء اللفائفى « Ileum » بامتلائهـا بديدان الاسكارس وكان هناك خطر محقق اذا تركت الامعاء وحدها بعد اصلاح التوائهـا لتتخلص بنفسها من ضيوفها الثقلاء أو بمساعدة السنتونين لأنهـا كما ذكرنا آنفاً كانت محشوة جيداً بالديدان وعلى ذلك عملت فتحة بالامعـاء واستخرج ١٠١ دودة وزنهـا ٢٥٠ جراماً و بعدئذ خيطت الامعاء وقفلت البطن وأعطينا المريض مقـداراً من السنتونين فى اليوم الثالث وقد تبرز المريض بعدئذ ١٤ دودة أخرى وخرج من المستشفى فى يوم ٢٨ / ١١ / ١٩٢٦ بعد أن شفى

المثل الثانى

الاسكارس تحدث ناسوراً برازياً بداخل الجرح الذى

عمل لعمليـة فتق أربى

محمد على عمر ذكر عمره ٣٣ سنة من الوجا شرقية أدخل بمستشفى بنها فى ٢٦ يناير ١٩٢٦ لعمل عملية فتق أربى يسارى وفعلا قد أجريت له هذه العملية

بتاريخ ٣٠ منه وعلى طريقة « رو » وفى يوم ٣١ منه ارتفعت حرارة المريض الى ٧ و ٣٨° سنتجراد صباحاً ثم عادت ونزلت الى ٦و٣٧° سنتجراد فى المساء ولما كان مشاهداً فى كثير من الحالات الجراحيـة أن الحرارة ترتفع قليلا لمدة يوم أو يومين على الاكثر فلم يزعجنا ارتفاع حرارة المريض ومع كل فقد كشفنا الجرح فوجدناه فى حالة جيدة غير أن الحرارة استمرت مرتفعة فى يوم ٣ فبراير وقد كشفنا الجرح أيضاً ولكن فى هـذه الدفعة شاهدنا انتفاخا فى موضعه وعلى ذلك رفعنا بعض المشابك الجراحية و بابعاد حافتى الجرح خرجت غازات كثيرة لها الرائحة الخاصة بباسيل القولون وسوائل مصلية كثيرة وقد أجرينا تنظيف الجرح وعندئذ شوهد فى وسطه شىء كأنه طرف لخيط رفيع بارز من أنسجة العضلية المائلة السطحية و بسحب هذا الخيط عرتنى دهشة اذ رأيت أنى انما كنت أسحب دودة اسكارس وقد استخرجت خمس ديدان أخرى من الثقب الذى استخرج منه الدودة الاولى وتبلغ أطول هذه الديدان ١٥ سنتيمتراً تقريباً وأصغرها ٦ سنتيمترات تقريباً. وقد أعطى المريض مسحوق السنتونين فى ذلك اليوم ولكنه لم يتبرز سوى خمس ديدان اسكارس فقط بينما استخرج من الجرح دودتان ثم أربع ثم اثنتان من الثقب نفسه على التوالى فى الايام التالية وقد نشأ عن ذلك ناسور برازى فى مكان الثقب الذى استخرجت منه الديدان وقد أجرينا لهذا الجرح غياراً مرتين يومياً والتأم بسرعة وخرج المريض من المستشفى فى يوم ٢٥ فبراير ١٩٢٦ بعد أن شفى ؟

المثـل الثالث

الاسكارس تسبب احتباساً معوياً مع أعراض مشابهة جداً لاعراض الالتهاب الحاد للزائدة الدودية

ضيا ابراهيم عيد انثى عمرها ٤٥ سنة من طوخ قليوبية قبلت بمستشفى بنها فى ١٠ اكتوبر ٩٢٦ وهى تشكو من مغص معوى شديد مبتدئ من الحفرة الحرقفية اليمنى وممتد الى السرة من أعلى وواصل للفخذ من أسفل وقد ابتدأت هذه الاعراض منذ عشرين يوماً قبل دخولها وكانت مصحوبة بقيء عدة مرات يومياً حتى صار من المتعذر بقاء أى غذاء أو سائل بالمعدة وكانت الامعاء فى حالة امساك شديد. وقد قام بعلاجها الابتدائى حضرة طبيب المركز وطبيب آخر بالبلدة نفسها وعليه أدخلت المستشفى وكانت حالتها كالآتى

اللسان جاف ومغطى بطبقة بيضاء والحرارة ٣٨° سنتيجراد والنبض ١٠٠ فى الدقيقة والبطن منخفضة وبهـا ورم ظاهر صغير الحجم صلب التكوين يؤلم عند اللمس فى الحفرة الحرقفية اليمنى وفى الموضع المعتـاد للزائدة الدودية وقد شخصت الحالة على أنها التهـاب مشتبه بالزائدة الدودية وعلى ذلك وضعت المريضة تحت الملاحظة لمدة ٢٤ ساعة ولمـا كانت لم تتبرز منذ سبعة أيام فقد عملت لها حقنة شرجية ولكنها لم تفد. وعملت لها أيضاً مكمدات ساخنة وضعت على الورم لتقلل من الالم الذى كانت تشكو منه وكعلاج لحالة الورم الموجود ولعدم ظهور فائدة من ذلك أيضاً عملت لهـا العملية فى اليوم الثـانى لدخولهـا المستشفى حيث فتحنا البطن بجانب الخط المتوسط Paramedian فظهر لنا أن الورم الذى كان ظاهراً للعين المجردة والذى كان سهل الملمس انما هو كتلة من الاسكارس تجمعت وانحشرت فى الطرف السفلى من المعـاء اللفائفى (Ileum) بالقرب من اتصالها بالقولون

(ceacum) وقد نجحت فى ازالة هذا الورم بواسطة التدليك مع ضغط خفيف مساعداً فى ذلك الديدان لتتمدد وتتحرك فى مساحة أوسع بدل تجمعها فى مساحة صغيرة مسببة بذلك احتباسا للامعاء وقد شوهد أن الزائدة الدودية فى حالة طبيعية وعلى ذلك قفلت البطن وأعطيت المريضة زيت الكونوبوديوم فى اليوم الثانى للعملية فتبرزت عدداً عظيما من ديدان الاسكارس وبرئت من جميع متاعبها وآلامها وخرجت من المستشفى فى يوم ٣١ اكتوبر ١٩٢٦ بعد تمام شفاها

ملاحظات عن الانفلونزا وعن معالجة

الالتهابات الرئوية بحقن الكينين والطعم (اللقاح)

ملخص محاضرة ألقاها

الدكتور فؤاد يسى عبد الشهيد

فى الجمعية الطبية المصرية بالمنيا يوم ٢٣ فبراير سنة ١٩٢٧

ان ما دعانى لالقاء ما سأذكره لكم هذه الليلة من الملاحظات التى شوهدت هـذه السنة على مرض الانفلونزا وكذا الالتهابات الرئوية المصاحبة لها . هو ما لاحظتـه ولاحظه جميع زملائى من اختلاف اعراض وسير الانفلونزا مما اضطرنا لتنويع العلاج وسوف لا آتى على مقدمة عن مرض الانفلونزا أو أعراضه انما سأتكلم اليكم مباشرة فأقول

الالتهابات الرئوية

ان أهم مضاعفات الانفلونزا على الدوام هو حدوث الالتهاب الرئوى الحاد. ومن الصعب جداً أثناء وجود وباء الانفلونزا التفريق بين الحالات الرئوية التى تكون مضاعفة لها و بين التى تكون أولية اذ ربما ابتدأ المريض بانفلونزا عادية ثم انتكس بالتهـاب رئوى ولذلك سأعتبر فيما يأتى حالات الالتهـاب الرئوى التى شاهدتها وعالجتها مدة وباء الانفلونزا كانها مضاعفة لها الا فى حالة واحدة ابتدأت مباشرة بالالتهاب الرئوى وسارت السير العادى له

هذا وقد أتاحت لى الحالات التى شاهدتها فى وقت متقارب فرصة لتطبيق معالجة ليست مبتدعة من عندى ولـكن كان يلزم القيـام بها فى وقت واحد فى

فى الموسم المرضى على مرضى متشابهة اعراض مرضهم للوصول الى رأى شبه جاسم. وانى أرى من المناسب أن آتى على تاريخ كل حالة على حدتها وما اتبع فى علاجها مع بيان النقط التى يمكن أن تكون محل مناقشة — فاقول

أولا — مريض يبلغ من العمر خمسة عشرة سنة شاهدته لاول مرة بعد ان كان قد مضى عليه وهو محموم ثمانية أيام وكانت حرارته أربعين والنبض ١٥٠ فى الدقيقة واللسان جافاً والتنفس سريعاً جداً مع فقدانه حاسة السمع تقريباً وذهول تام وكان البصاق قيحياً وليس مدمماً. وبفحصه اتضح وجود التهاب رئوى كامل فى الخط الأبطى الايمن مع امتداد هذا الالتهاب الى الامام وللخلف واسفل لغاية الضلع السادس تقريباً ، وكان القلب ضعيفاً ومتمدداً ، ولم يمكننى تحديد ميعاد ابتداء الالتهاب الرئوى ، أما أول علاج وصفته فكان مزيجاً صدرياً مضافاً عليه صبغة ديجيتالا وكذا جرعة طود وبرشام به كينين ١٥ر٠ كل أربع ساعات وعمل حجامة مرتين للصدر يعقبها وضع لبخ انتيفلوجستين ونظراً لضعف قلبه عمل له حقن كافور كل ٤ ساعات ومع كل هذا كانت الحالة فى اليوم التالى كما هى بدون تغيير ولما لم يظهر أى تحسن فى اليوم الثالث أوقفت تعاطى البرشام وعملت للمريض حقنة فى عضلة الالية من كلوريدرات الكينين ٢٥ر٠ وكذا حقنت المريض بطعم سيپيد Cépéde S. P. E. S. كل حقنة داخلها ٢٥ مليونا من طعم ستافيلوكوك ونيوموكوك وستربتوكوك وانتروكوك وأوصيت باستعمال الكافور باستمرار والدواء الصدرى . وفى اليوم التالى نزلت الحرارة الى ٥ر٣٨° وابتدأ تحسن الحالة الالتهابية ولهذا أعدت اعطاء حقنة الكينين بدون الطعم فأصبحت الحرارة طبيعية وحالة المريض متحسنة تحسناً ظاهراً من كل الوجوه ومن الغريب أن حالة السمع كان لها نصيب من هذا التحسن وعملت للمريض فى اليوم الثالث لابتداء الحقن حقنة طعم فقط واستمر على أخذها

يوماً بعـد الآخر بعد نزول الحمى والتحسن مضطرد حتى زالت كل الاعراض الموضعية — يلاحظ على هذه الحالة أنها فى الغالب مضاعفة لانفلونزا ولهذا لا يمكن تحديد ميعاد ابتداء الالتهاب ولكن المشاهد فيها بكل وضوح هو سرعة تأثر الحالة المرضية بحقن الـكينين ولا يمكن أن يكون التحسن من العلاج الاولى ولا هو مصادف لميعاد حصول البحران الطبيعى Crisis لانى كما ذكرت شاهدت المريض لاول مرة فى اليوم الثـامن من المرض وعالجته يومين بدون فائدة ولم يتحسن الا بعد اتباع الخطة التى نوهت عنها . وأنى أشعر تماماً بأنه كان لعمل الحقن أعظم أثر فى شفاء المريض

ثانياً — شاب ايطالى يبلغ من العمر ١٩ سنة شعر برعشة شديدة فى الليل مع ألم زائد فى القطن الايمن ممتـداً الى الحرقفة اليمنى يصاحبة توتر فى عضلات البطن كلها . وقد شاهدته فى الصباح حيث كانت حرارته ٤٠° وتنفسه سريعاً وكانت تنتابه نوبات تقلصات شديدة بسبب الالم القطنى والبطنى تجعله يوقف التنفس . ولم يحصل له قىء ولم يكن بالبطن أى انتفاخ والالم منتشر بها من القطن الايمن للحرقفة اليمنى بدون تحديد . وعلى العموم كان مظهر المريض دقيقاً للغاية ولم يساعدنى بالمرة فى تحديد مركز الالم ولكن بعـد الفحص الدقيق وجدت أن هناك خراخر رفيعة فى قاعدة الرئة اليمنى — ولهذا أعطيت للمريض مسهلا و برشام اسبيرين ودوفر مع عمل حجامة للصـدر وكذا مزيجاً صدرياً . وفى اليوم الثانى كانت حالة الالم القطنى أحسن قليلا ولكن الحرارة لم تنخفض وابتدأت الاعراض الرئوية فى الظهور ولم أغير العـلاج فى هذا اليوم . وفى اليوم الثـالث ظهرت الاعراض الرئوية تماماً فأوقفت استعمال البرشام وأمرت باستمرار الحجامة واللبخ وحقنته بالكينين ٢٥ر٠ مع طعم كالحالة السابقة وفى رابع يوم كانت حرارته ٣٨ر٥° فكررت حقنة الـكينين وحدها وفى اليوم الخامس كانت الحمى قد زالت تماماً

وتحسنت الحالة الصدرية فأوقفت حقن الكينين وداومت على اعطاء الطعم كل ثانى يوم (حقنتين فقط) وفى سابع يوم أمرته بالغذاء مع أخذ دواء مقوى ولم يحصل للمريض أية مضاعفات وشوهد فقط فى اليوم الرابع أثر خفيف لدم بالبصاق

هذه الحالة هى أحسن الحالات التى عالجتها حيث أنه ظاهر تماماً أن الالتهاب الرئوى ليس مضاعفاً لانفلونزا وتظهر فيها سرعة تأثير الحقن على سير المرض الاكلينيكى

ثالثاً — مريض يبلغ من العمر خمسة وخمسون سنة متوسط البنية دعيت لعيادته بسبب وجود حالة فواق شديد منذ ثلاثة أيام وقد أحدث هذا الفواق لدى المريض ضعفاً شديداً لامتناع التغذية وعدم النوم مع الالم المستمر والتأثير المعنوى على المريض والمحيطين به حتى كاد لا يستطيع اخراج الالفاظ . وكان نبضه ١١٠ وحرارته ٥ ر٣٩° والبطن غير منتفخة واللسان وسخا جدا وظهر أنه منذ خمسة أيام عانى من التعرض للرطوبة فأخذ مسهلا ولكن منذ ثلاثة أيام وهو بحالته التى كان عليها فاستغربت جدا وجود الحمى و بفحصه وجدت لديه التهاباً رئوياً مستكملا للنصف الاعلا للرئة اليمنى فعملت للمريض العلاج العادى من حجامة ولبخ وأدوية وكذا حقنة كينين ٢٥ر٠ مع الطعم وثانى يوم كانت حرارته ٣٨°والفواق أحسن نوعا بمعنى أنه كان يأتى على نوبات وفى هذا اليوم اتحدت مع أحد زملائى فى فحصه فوافق على العلاج مع اعطاء المريض كبسول فاليريانات الاثير ضد الفواق وعملت للمريض حقنة كينين أخرى وثانى يوم كانت الحرارة طبيعية وكذا النبض والفواق أقل نوعا وفى هذا اليوم أوقفت حقن الكينين وداومت على اعطاء الطعم يوما بعد الثانى مع الكافور وعند مشاهدته مرة أخرى مع زميلى أوقفنا كل علاج وأعطيناه فقط جرعة ريفيير و بعد ذلك بيومين زال

الفواق وأخذ فى التحسن وأخذ الادوية المقوية والغذاء . هذه الحالة تشابه الحالة السالفة من حيث وجود ظاهرة مرضية مضللة

وهذا المريض شفى أى هبطت الحمى وتحسنت الاعراض الصدرية فى ثامن يوم لابتداء البرد عنده وخامس يوم من ابتداء الفواق وثانى يوم من ابتداء معالجته وربما يتبادر الى الذهن أن زوال الحمى كان متوقعاً فى اليوم الثامن ولكن بمقارنة هذه الحالة بالحالات التى شرحتها لحضراتكم ألا يجوز على الاقل ترجيح ما أشعر به أن العلاج أى حقن الكينين كان له تأثير الى حد ما فى الوصول الى هذه النتيجة السعيدة

رابعاً — طفلة تبلغ من العمر ست سنوات كانت أصيبت فى الشتاء الماضى بالسعال الديكى وشفيت منه بعد مدة ولكن ترك لديها نزلة شعبية مستمرة وفى الشهر الماضى دعيت لعيادتها حيث كانت عندها حمى منذ ثمانية أيام مع سعال متواتر وعند فحصها كانت الحرارة ٤٠٫٥° والنبض ١٤٠ والوجه محتقنا والتنفس سريعا وكانت بالرئتين حالة التهاب رئوى شعبى الذى كان موجودا بكل وضوح بالقاعدتين فوصفت لها الادوية المعتادة مع الديجيتالا لمقاومة ضعف القلب وكذا مسحوق اليوكينين وفى اليوم التالى كانت الحالة كما هى فأوقفت اليوكينين وحقنتها بالكينين ٠٫٢٥ وكذا بحقنة طعم وثالث يوم كانت الحرارة ٣٨° والتنفس معتدلا ولهذا كررت عمل حقنة الكينين وحدها وفى اليوم الرابع كانت حرارتها طبيعية والحالة الصدرية من حيث بقع الالتهاب الحاد قد شفيت تماماً ولم يبق الا النزلة الشعبية الاصلية . وتحسنت المريضة بعد ذلك تحسناً مضطرداً . هذه الحالة يجب أن ينظر اليها نظرة خاصة بسبب النزلة الشعبية القديمة وحصول التهاب شعبى رئوى حاد غير ممكن تحديد ميعاد ابتدائه ولذا فانى أشعر بأنه كان لحقن الكينين والطعم أعظم تأثير فى سرعة زوال الالتهابات الرئوية الحادة

أذكر لكم هذه الحالات السابقة ويمكننى أن أذكر غيرها لتبيان طريقة العلاج وقد شفيت جميعها

هذا وقد بحثت عن اعطاء الكينين فى حالات الالتهاب الرئوى الحاد فى بعض الكتب الطبية فعثرت على بحث واف فى كتاب Burney Yeo للعلاج الحديث . وهذا البحث جاء فى غاية المطابقة لموضوع بحثنا اليوم ولو أنه اختلف فى طريقة اعطاء الكينين . قال المؤلف اذا « راعينا أن مرض الالتهاب الرئوى من الامراض التى تنتهى عادة بعد مدة معينة بنزول الحمى وزوال أغلب الاعراض فانه من الصعب جداً أن نحمل الاطباء على اعتقاد أن هناك نظاما فى أى علاج لهذا المرض أو طريقة علاج يمكن أن يكون لها الفضل فى الوصول الى شفاء المريض — ويلزمنى أن أقول عن نفسى — أى المؤلف — ان الاخذ بهذا الرأى معناه التمسك الزائد بوجهة نظر واحدة ورأى واحد لانه من المحقق أن كل طبيب معالج يمكنه اذا كان لديه متسع من الوقت مع الدقة فى المشاهدة والملاحظة أن يكوّن لنفسه فكرة خاصة فى تفضيل طريقة على أخرى لانه اذا كان مثل هذا الطبيب يحصل على نتائج حسنة متعادلة ومتشابهة بسبب اتباعه خطة معينة فى العلاج عن أخرى فان له الحق المعقول أن يعول على تجاربه الاكيدة ويشعر بأن نجاح العلاج راجع لاتباعه هذه الطريقة التى خبرها مدة كافية بنجاح نسبى معقول» — يقول المؤلف بعد ذلك — أنظر الينا مثلا فان الظروف والنتائج جعلتنا نعتقد بأن الكينين فى كثير من الاحوال يحدث تأثيراً مفيداً فى السير المرضى للالتهابات الرئوية الحادة غير المصحوبة بمضاعفات وكذا فى بعض الاحوال التى سارت سيراً غير عادى فى طريق خطر ونحن لا ننظر الى تأثير هذا الدواء وبصفته مخفضاً للحرارة كما يعتقد البعض خطأ ولكننا نعتقد بيقين ثابت بأن فائدته راجعة لتأثير خاص مباشر ضد الميكروب المسبب للمرض وللمواد التسممية

الناتجة من تأثيره

ولم نعط الكينين ولا نوافق على اعطائه بمقادير كبيرة كما يشير بذلك Jurgensen وخلافه ولكننا على الدوام نصفه بطريقة خاصة نظن أن لها أحسن تأثير فاننا نعطى مقدارا من ٠٠٥ر٠ الى ١٥ر٠ من كبريتات الكينين كل ساعتين أو أربع حسب سن وحالة المريض ومع هذا المقدار حمض ليمونيك يضاف عليهما مزيج قلوى حتى يؤخذ بذلك الكينين فى مزيج فوار قلوى — وقد تأكدنا أن اعطاء الكينين بهذه الطريقة له تأثير حسن جداً بخلاف اعطائه داخل برشام أو مذاباً فى مياه معدنية

بعد ذلك يقول المؤلف — لنعود الى فكرة اعطاء الكينين فنقول أن jurgensen كان أول من وضع مرض الالتهاب الرئوى الحاد ضمن جدول الامراض المعدية المسببة من ميكروب خاص وهو فى الوقت نفسه من أكبر أنصار استعمال الكينين فى هذا المرض وكان اعتقاده بأنه من الضرورى جداً الاسراع فى تخفيض درجة الحرارة خوفاً من التأثير الردىء من شدة الحمى على القلب وأن هذا الخطر أى حدوث ضعف بالقلب أول ما يلزم أن توجه نحوه المجهودات ولكنه من الواضح أنه اذا كان الكينين يقاوم نفس الميكروب الذى يسبب الحمى وما يتبعها من الاخطار وهناك أسباب عديدة تؤكد حصول هذا التأثير فان فائدة الكينين بصفة دواء مضاد للميكروب نفسه ولأزالته التسممية تفوق بكثير الفكرة الاولى بان الكينين هو فقط لتخفيض الحرارة

سادتى. نقلت لكم هذه النبذة المفيدة وأنا واثق كل الثقة بانها ستكون مقنعة للغاية فى فائدة اعطاء الكينين فى هذا المرض. والآن أود أن أبين الاسباب التى من أجلها أرى أن اعطاء الكينين حقناً فى العضلات أوفق فى أغلب الاحوال عن طريقة الكينين الفوار وهذه الاسباب بالاختصار هى الآتية : —

أولا — ان أخذ الكينين بالطريقة الاخيرة أى من الفم يستلزم أن يكون المريض محوطاً بمن يعرف واجب التمريض وخصوصاً اذا كان مع اعطاء الدواء السالف الذكر أدوية أخرى تتناوب معه وكذا ضرورة عمل مكمدات وتمريض وهذا كله غير متيسر فى المنزل العادى بالقطر المصرى مع ملاحظة أن الحالة المعدية مدة المرض لا تسمح بأخذ أدوية كثيرة من الفم — يضاف الى ذلك أنه اذا كان المريض فى حالة غيبوبة فانه من الصعب جداً أو من المستحيل الاعتماد على أخذه من الفم

ثانياً — اذا أخذ برأى Burney Yeo من حيث تأثير الكينين المباشر على سبب المرض فانه من المعقول أن هذا التأثير يكون أحسن وأسرع اذا وصل هذا الدواء لمجرى الدم بواسطة حقنه فى العضلات — ولهذا فانى أشعر على الدوام بعد أن أكون قد عملت للمريض حقنة الكينين ومعها الطعم اذا تيسر ذلك فى أول الأمر بانى قد قمت بالواجب بدون انتظار لاحضار دواء من المشكوك جداً استعماله بالمرة أو استعماله بطريقة تأتى بأية فائدة

لهذا يظهر لحضراتكم أوفقية اعطاء الكينين حقناً فى العضلات بدلا من أخذه بالفم وانى أحقن عادة فى أول يوم أمبول داخله ٢٥و٠ ماركة كلان (Clin) وثانى يوم اذا لم تنخفض الحرارة أو انخفضت قليلا فانى أعيد الحقن وهكذا يومياً لحين هبوطها ولم يزد ذلك عن ثلاث حقنات متوالية وأكثرها كان مقداره ٥٠و٠ وقد وجدت أنه يمكن حقن ٢٥و٠ للطفل الذى يبلغ خمس سنوات بدون أى ضرر — وهذا لا يمنع عند وجود ظروف مساعدة اتباع الخطة التى ذكرها Burney Yeo

نأتى بعد ذلك لبحث نقطة اعطاء حقن الكينين مع حقن الطعم ومن البديهى أنه يستحسن على الدوام أن يكون الطعم محضراً من نفس افرازات المرض ولكن

نظراً لاستحالة ذلك فى أغلب الاحيان ونظراً لان العدوى تكون عادة مضاعفة لمرض آخر فانى اتبعت اعطاء الطعم المركب Mixed Vaccine . ومن النادر جداً فى موسم الانفلونزا أن يعتمد الطبيب على حقن طعم نيوموكوك وحده

ومما لاحظته أن اعطاء الطعم ضرورى جداً حتى بعد زوال الحمى وذلك فى حالات تأخر زوال الالتهاب الرئوى وبقاء بقعة صغيرة منه . واذا ساعدت الظروف فى هذه الآونة بعد زوال الاعراض الاولى الشديدة يمكن تحضير طعم خاص Autogenous vaccine — وكنت أحقن الطعم فى نفس الوقت مع الكينين بمقدار متوسط فى أول الامر، ولاعبرة بسن المريض فى أغلب الأحيان، ولم أكرر الحقن بالطعم الا بعد يوم على الحقنة السابقة بخلاف حقن الكينين التى كنت أعملها يومياً حتى تزول الحمى

وهنا يعترض أحدكم بان اعطاء الطعم مع الكينين يخفى مزايا أحدهما. ورداً على ذلك أقول بأن الطعم يؤثر على نفس ميكروبات المرض، والكينين كما ثبت يؤثر على الميكروب وعلى افرازاته ولهذا تجدون الفائدة المزدوجة من ادماج دوائين فعالين بخلاف اعطاء الطعم فقط فربما أخذ وقتاً أطول فى ازالة اعراض الحمى الناتجة من مرور المواد التسممية فى الدورة الدموية . ومن فوائد الطعم التى لايفيد فيها الكينين أنه بعد هبوط الاعراض الاولية بتأثير الدوائين نجد أن الطعم يفيد للغاية فى زوال بواقى الاعراض الموضعية

هذا ومن المفهوم أن اتباع هذه الطريقة العلاجية لا يتعارض مع ما يلزم عمله نحو المريض من اعطائه الأدوية اللازمة لجميع الأعراض والطوارئ التى تحصل عنده حسب الاصول الفنية . ولذلك فأنى أرجو حضراتكم وباقى الزملاء تجربة طريقة هذا العلاج اذا وافقتم على النظريات التى ذكرتها الآن حتى بذلك يمكن أن نحصل على نتائج عديدة تكون أساساً لمبدأ علاجى ضد الالتهابات الرئوية الحادة والسلام م؟

صحة الفم والاسنان عند الاطفال

محاضرة

للدكتور ابراهيم عبد السيد

ألقاها أمام الجمعيـة الطبية المصرية

سيدى الرئيس — حضرات الاطباء

أبتدئ بشكر الجمعية لتفضلها بالسماح لى بالقاء محاضرتى الصغيرة واعتبر ذلك كرماً وفضلا عظيمين أسدتهما الىّ . كما أشكر أيضاً الاستاذ الدكتور ابراهيم بك شوقى الذى شجعنى على أن أقف هذا الموقف أمامكم والذى تفضل وراجع محاضرتى لتنقيحها

للاستاذ الدكتور محمد خليل عبد الخالق نظريته فى اصابة المصريين بالديدان والى الضرر المادى والادبى الذى يلحق مصر من جراء ذلك ليس الفلاح وحده فقط بل على سير دراسة الطلبة أنفسهم وكذلك اعتقد أنه لو أمكن فى الاطفال والبالغين حفظ الفم والاسنان فى حالة صحية جيـدة مع خلو الأنف والزور من الزوائد Adenoids فسيصير كل مصرى Healthy Wealthy & Wise قوياً ومثرياً وعاقلا . وقد دعانى للوقوف على بعض معلومات عن صحة الفم والاسنان فى الاطفال أنه كثيراً ما نُسأل عن أحسن طرق التغذية التى تحفظ الفم فى حالة جيدة فلا نجيب ولان معظم أمراض الطفولة ترجع الى أمراض الفم والاسـنان فمعظم جراثيم الامراض المعدية والمعوية والرئوية والمفاصل تتسرب الى الجسم بواسطة الاسنان التالفة . ومعظم أمراض الفم والاسنان ناشئة عن اتباع الطرق

العقيمة فى تغذية الاطفال لا سيما فى دور الانتقال من الرضاعة الى الفطام

وتقع المسئولية فى بعض الاحيان على الاطباء أنفسهم خصوصاً الحديثى العهد بالصناعة أمثالى اذ ينصحون الامهات بتغذية أبنائهن على طرق عقيمة تنقصها أهم المبادئ الفسيولوجية البسيطة مع أنهم لو نصحوهن باتباع أبسط الطرق الطبيعية التى سار عليها أجدادنا لصحت أسنانهم

وعلى ذكر ذلك نقول بأننا لا نجد أسناناً تالفة بين الامم الهمجية بمقدار ما نشاهده بين سكان أرقى القارات تمدناً مثل أوروبا ففى انجلترا مثلا التى تعتبر نفسها أنها فوق كل الشعوب مدنية نجد أن نسبة تلف الاسنان فى أطفالها من أعلى النسب وذلك مما يبرهن على أن المدنيـة تقع عليها المسئولية فى انتشار هذه الامراض

ولنفهم كيفية حفظ الفم والاسنان فى الاطفال فى حالة صحية جيدة يجب أن نعلم أن صحة الفم والاسنان تتوقف على النظريات التشريحيـة والفسيولوجية الآتية : —

(١) تركيب الاسنان وتوافق أسنان الفك الاعلى والاسفل فى الموضع

(٢) وجود اللعاب والمادة المخاطية وافرازها بالفم بحالة طبيعية

(٣) ترتيب نظام التغذية بحيث يكون الفم بعد الانتهاء من الاكل فى حالة نظافة فسيولوجية طبيعية أى بدون وجود فضلات خصوصاً المواد السكرية مما يغنى عن الالتجاء الى الطرق الصناعيـة . ويجب أن نفهم أن نظام التغذية ونوعها هما أهم العوامل فى حفظ الفم والاسنان فى حالة صحية جيدة .

أما عن تركيب الاسنان فلو تركنا التشوهات الخلقية التى تنشأ عن الزهرى الوراثى جانباً فهو أمر يتوقف على نظام نمو الفكين فاذا كان طبيعياً تبزغ الاسنان فى مواضعها بدون تزاحم فتأخذ شكلها الطبيعي بدون تشويه أو وجود شذوذ

أو اعوجاج أو مسافات بين الاسنان و بعضها . وبزوغها على هذه الحال يساعد على نظافة الفم بدون أن تبقى فضلات فى الفم بينها

هذا ونمو الفك يتوقف على حركات الفم أثناء المضغ فأذا أعطى الطفل عند فطامه مواداً سائلة فقط لا يحرك فكه كثيراً وهذا مما يعوق نمو الفك والاسنان بالشكل الطبيعى فعلى ذلك يلاحظ أن يعطى الطفل عند فطامه أشياء صلبة مثل قطعة من العظم بها قليل من اللحم أو قطعة من الخبز الخالص لكى يمتصها ويجهد نفسه للحصول على بعض عصارة منها فان ذلك يساعد على تكوين ونمو فكيه وافراز اللعاب .ويجب ألا يعول مطلقاً على اللبن والمواد الاخرى السائلة التى لا تحتاج الى المضغ وتحريك الفك . ومن العوامل التى تؤثر فى نمو الفك أيضاً طريقة تنفس الطفل فاذا كان الطفل يتنفس من الفم فهذا مما يشوه الفكين . و ينتج تنفس الاطفال من الفم من تعريضهم للبرد والرطوبة مما يسبب رشحا فى الانف والحنجرة والبلعوم وتضخماً فى اللوزتين

(٢) أما عن وجود اللعاب والمادة المخاطية Mucous وافرازهما بحالة طبيعية فذلك ضرورى وهام بل ومن أهم الاسباب التى تتوقف عليها صحة الفم والاسنان وليس اللعاب لهضم النشاء فى المعدة فقط أو لتسهيل البلع بل وجوده فى الفم يساعد على هضم بقايا الطعام الدقيقة النشوية فى الفم فيحولها الى مادة سائلة و بذلك يسهل على الفم التخلص منها. ووجود اللعاب والمخاط Mucous فى الفم ليس لتسهيل البلع فقط بل أنه يكون طبقة على الاسنان واللثة لتقيها وتمنع التصاق المواد الغذائية بها

هذا ووجود اللعاب وافرازه فى الفم يتوقف على نوع وطريقة التغذية فمثلا بدلا من اعطاء الاطفال عصير البرتقال أو العنب جاهزاً نعطيهم قطعة صغيرة من البرتقال ليمتصونها فان ذلك يكثر من افراز اللعاب و يساعد على تنظيف الاسنان

بواسطة حركات الامتصاص ومجرد تحريك الفك يساعد أيضاً على نموه وعلى العكس اذا أعطيناهم اللبن فقط فان ذلك لا يسبب افراز اللعاب بكمية كافية ويكتفى الطفل بعملية البلع فقط فلا يحرك فكه لينمو نمواً طبيعياً

واذا أعطيناهم مواد سكرية تلتصق بالفم والاسنان مثل المربة فانه يصعب على الفم التخلص منها فتتخلل وتتفاعل مع الطبقة الصلبة Adam antina التى تغطى الاسنان وتذيبها وينشأ عن ذلك تلفها

ويكفى أن يعطى الطفل مرة يومياً قليل من العنب أو قطعة من البرتقال على أن لا يعطى له عصير جاهز بل يترك ليمتصها بنفسه .

وبين الشهر العاشر والثانى عشر يبدأ باعطاء الطفل غذاء حيوانيا مرة يوميا مثل السمك واللحم ولحم الفراخ الصغيرة ويجب حينئذ انقاص اللبن الذى يرضعه الطفل مقداراً كبيراً وينقص بالتدريج الى أن يستبدل بالماء وفى الوقت نفسه ينقص عدد مرات تغذية الطفل

ويمكن أن يكون غذاء طفل عمره سبعة عشر شهراً على الترتيب والنظام الآتى : —

الساعة ٦	ماء ولبن بمقدارين متساويين مع قليل من سكر اللبن
الساعة ٨٫٥	بيض . سمك مغلى . عيش توست Toast. وزبدة . لبن وماء
الساعة ١٢٫٥	شربة توست Toast سمك . أو فراخ صغيرة . بطاطس . مهلبية . ماء أو لبن وماء
الساعة ٤٫٥	عيش أوتوست Toast . قليل من العنب أو قطعة من البرتقال ليمتصها فقط . ماء
قبل النوم	لبن . ماء

ومن ابتداء سنتين يمتنع عن اعطاء اللبن قبل النوم وبعد سنتين ونصف

يجب اهمال اللبن بقدر الامكان . ويكون اذ ذاك نظام التغذية هكذا

الافطار : سمك — توست وزبدة — ماء أو شاى خفيف

الغذاء : لحم — بطاطس — خضار — مهلبية — فاكهة

العشاء : Rusks — توست وزبدة — سمك — ماء ولبن فاكهة

وليلاحظ فى كل ذلك عدم اعطاء المواد السكرية للاطفال والمواد التى تلتصق بالاسنان مثل الشكولاته والبسكوت لانها تسبب تلف الاسنان. ومعظم المعلومات التى ذكرتها لحضراتكم استقيتها من كتاب

Sim. Wallace Dental Surgeon to London Hospital.

وأذكر الآن آراء بعض الاطباء خلافه فرأى الدكتور « جون طمسون » أستاذ أمراض الاطفال بالمستشفى الملكى بأدنبره موافق كل الموافقة لما ذكرته بحذافيره أما الدكتور Still «ستل» أستاذ أمراض الاطفال بكلية الملك بلندن فلا يعتقد أن المواد السكرية هى المسببة لتلف الاسنان بالدرجة التى يعتقدها أطباء الاسنان لذلك يصرح باعطاء الاطفال مقادير معتدلة من السكر خصوصاً ولان هذا النوع من الطعام لا يمكن الاستغناء عنه فى الاطفال وهو يعتقد أيضاً أن استعمال الفرشة ليس عاملا هاماً فى منع تلف الاسنان ويعزو الضرر الذى يحدث للاسنان لتشويه خلقى من زهرى وراثى أو عدم مراعاة الشروط الصحية فى التغذية أو ضعف فى الصحة العمومية أو نقص فى الڤيتامين . وهو ينصح الام بتنظيف فم طفلها مرتين صباحاً ومساء ويعلق أهمية على تنظيف المساء ويستحسن استعمال محلول خفيف من البوراكس وبدلا من استعمال الفرشة فى الاطفال ينصح باستعمال قطعة من الشاش تلف على أحد أصابع الام لتنظف بها فم طفلها جيداً

ادارة المجلة الطبية المصرية تعلن حضرات المشتركين أن لديها نسخا من الاعداد الآتيـة عن السنوات السابقة وهى مستعدة لارسال ما يطلب منها بالاسعار المعتادة

السنوات	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	اضافى
	الأعداد										
الاولى	+	−	+	+	+	+	−	−	−	+	+
الثانية	−	−	−	+	−	+	+	+	+	+	+
الثالثة	−	−	−	+	+	+	+	+	+	−	−
الرابعة	−	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
الخامسة	+	−	−	+	+	+	+	+	+	+	−
السادسة	+	−	+	+	+	+	+	+	+	+	−
السابعة	+	+	+	+	+	+	+	+	−	+	−
الثامنة	+	+	−	+	+	+	+	+	+	+	−
التاسعة	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−

(تنبيه) العلامة (+) تفيد وجود العدد والعلامة (−) تفيد عدم وجوده

وقد تكرم حضرة الدكتور أمين بك ماهر الاستاذ بمدرسة طب الاسنان وأبدى رأيه فى هـذا الموضوع وقال ان رأيه فيما يختص بالاطفال لا يختلف عما ذكرته أولا ، أى باختصار ، لا يجب أن يكون كل طعام الطفل سائلا بعد الفطام وحتى قبل الفطام وألا نعطيهم مواداً لزجة تلتصق بالفم ويجب اعطاء مواد جافة مثل الخبز المقدد مع الفاكهة الناضجة .

ويحتم فى الأطفال الرضع عدم استعمال الحلمة الصناعية فانها تسبب تشويهاً فى الفكين باحداث ضغطاً سلبياً داخل الفم واستمرار ذلك يحدث تقوساً فى الفك من الجانبين الى الداخل مع بروز المقدمة الى الامام لا سيما أن المـادة العظيمة فى الاطفال لينة رخوة وبحدوث هذا التشويه فى الفك ينشأ تشويه فى بزوغ الاسنان

أما فى الاطفال الذين يزيد عمرهم على سنتين فيحسن تعويدهم على استعمال الفرشة اللينة

وفى مبدأ استعمال الفرشة يلاحظ ألا تستعمل المطهرات التى تحدث رغاوى كثيرة لانه قد ينشأ عنها القئ فى الاطفال ولذلك يكتفى باستعمال الماء فقط .

ويستحسن عرض الطفل مرة كل ستة أشهر على طبيب أسنـان اخصائى

فاذا تعذر تعويد الطفل على استعمال الفرشة فيحتم تنظيف التغذية بحيث يكون الفم فى آخر الاكل نظيفاً نظافة فسيولوجيـة باعطائه سوائل فى آخر الاكل أو فاكهة تساعد على تنظيف الاسنـان وافراز اللعاب بكميات وافرة مما يساعد على نظافة الفم والاسنان أيضاً .

أما عن العامل الثـالث فيكون بترتيب نظام التغذية بحيث يكون الفم فى آخر الاكلة فى حالة نظافة فسيولوجية طبيعية Physiologically clean بمعنى أنه يجب ألا نعطى للطفل آخر الطعام مواداً لزجة يصعب على الفم التخلص منها بل يجب أن يكون آخرها مواد سائلة مثل ماء أو ماء ولبن أو لبن وشاى أو فاكهة

تساعد على افراز اللعاب وعلى تنظيف الفم .

وعلى ذلك تكون أحسن الطرق للتغذية كالآتى كما يصفه الدكتور ولاس للامهات الانجليزيات بأن يعطى للطفل من ابتداء الشهر التاسع قطعة صغيرة من الخبز والزبدة ليمتصها قبل الرضاعة ويعطى مرة واحدة فقط وبعد بضعة أسابيع يعطى ثلاث مرات يومياً وبعد ذلك يعطى فاكهة ناضجة غير مطبوخة

أخيراً أذكر لحضراتكم نظام التغذية بملجأ القصر العينى وهو من وضع الدكتور شوقى : —

المقادير التى تعطى للاطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة وسنة ونصف :

الساعة ٦ صباحا ١٥٠ جم لبن وشاى

٣٠ر٨ ٢٠٠ جم لبن مع صفار بيضه وقطعة خبز جافة

١٢ ١٥٠ جم شوربة فراخ وملعقة شوربة خضار مع ١٠٠ جم بطاطس أو عدس مطبوخ وقطعة خبز جافة ١٠٠ جم . مهلبية وعصير البرتقال

٣٠ر٣ مساء ١٥٠ جم أراروط ولبن وقطعة خبز جافة

٧ ٢٠٠ جم لبن حليب

وللاطفال من سنة ونصف لسنتين

الساعة ٦ ٢٠٠ جم لبن وشاى

٣٠ر٨ ٢٠٠ جم لبن مع صفار بيضة وقطعة خبز جافة

٠٠ر١٢ ١٥٠ جم شوربة فراخ مع ملعقة خضار أو بطاطس أوعدس أو أرز وقطعة خبز مع فرخة مفرومة أو حمام مفروم و١٢٠ جم مهلبية أو نصف تفاحة وخضار نىء

الساعة ٤ مساء ١٥٠ جم لبن

٧ ٢٠٠ جم لبن . أراروط وخبز وأوت ميل oat meal (قرطم)

وهذا النظام فى التغذية لا يحدث تلفاً للاسنان وقد فحصت جميع أطفال الملجأ خصيصاً لذلك فلم أعثر فى أى واحد منهم على تلف فيها ؟

وصف اكلينيكى لبعض حالات وبائية

وعلاجها

للدكتور محمد زكى شافعى (بالمنصورة)

اليرقان الوبائى

(ملاحظات صحية) لاحظت أثناء اشتغالى كطبيب ممارس فى السنوات الاخيرة ظهور يرقان بحالة وبائية فى بعض القرى وفى عائلات واحدة أحياناً كل سنتين تقريباً وفى أعمار مختلفة ولكن لم أشاهده فى سن أقل من سنتين ويرافق ظهور الانفلونزا والحصبة والفواق الوبائى ويشاهد بين أرباب المهن والحرف المختلفة فقراء وأغنياء . وظهوره يكون فى الخريف والشتاء فيظهر أن البرد سبب مهيئ له .

فقد شاهدت عشرين حالة هذا العام من ديسمبر لغاية كتابة هذه المشاهدات وهو يشبه الى حد ما المرض الذى وصفه ويل من أربعين سنة مضت والذى شوهد فيما بعد فى دم أطراف المرضى حلزونيا فى الخمسة أو السبعة أيام الاولى فقط ومن ثم يهاجر الى الاحشاء وقد يشاهد فى البول فى اليوم الخامس عشر والعدوى به بواسطة الفم وحامل المرض الفأر حيث يعدى المواد الغذائية ببوله

الاعراض والعلامات . أحسن وصف لهذا المرض حالة سيدة من منية بدواى مركز المنصورة عمرها ٢٧ سنة متعلمة دقيقة الملاحظة ضعيفة البنية ففى ٢٥ يناير الماضى كان زوجها يعالج بطرفى فاستشارنى فى اصابة زوجته بمرض شبه الانفلونزا فأعطيته وصفة احتياطية وفى اليوم الثالث دعانى فى المساء لعيادتها

فى نزل بالمنصورة لشدة تألمها من بطنها فعلمت منها أنهـا شعرت بقشعريرة من ثلاثة أيام وصـداع جبهى شديد وعدم قابلية للحركة أو الطعام وسخونة شديدة وقىء مستعص وألم فى الفؤاد شديد جداً وكذا فى الظهر فى مقابله . و بفحصها وجدت درجة الحرارة ٣٨٫٥° والنبض ٧٤ فى الدقيقة ضعيفا غير ممتلئ والتنفس هادئا جداً ولا يوجد فى الصدر شىء . و بفحص البطن وجدت بعض الانتفاخ فى الامعاء الغلاظ ومنطقة المعدة مؤلمة جداً وكذا حول السرة و بالجس شعرت بالكبد كبيراً نوعاً ومؤلماً وكانت تشكو من صداع جبهى شديد جداً وعندها لين والبراز أصفر ولم ألاحظ شيئاً على الملتحمتين . وفى اليوم الثانى فحص البول فوجد به أملاح الصفراء بكثرة وقليـل من الزلال . وكان المغص لازال شديداً وكذا الصداع ولاحظت اصفرار الملتحمتين والجسم ولمـا كنت قد شاهدت عدة حالات مثلها بغير الالم الجبهى ففى الحال تأكدت أنهـا يرقان و بائى فوصفت لها الوصفة العادية وهى مزيج قلوى مع نترات البوتاسا وملح كارلسباد وأمرت بفحص البول فحصاً كاملا فلم يوجد به اسطوانات ولم يذكر فى التقرير شىء عن الميكروبات وفى اليوم الثالث فقد البراز مادته الملونة وصارت تشعر بهبوط عام شديد وسئمت الحياة وظنت أن الموت قريب وكان عندها امساك شديد رغم أملاح كارلسباد ثم اشتد الالم فى المساء فى الجبهة وكانت تشعر بمغص عند ما تأخذ الدواء أو اللبن وماء الفيشى فاضطررت أن أعطيها مورفينا حقنا تحت الجلد وأوقفت تعاطى الدواء وأمرت لها بحقنة ماء عادى بارد فى اليوم مرتين (لتراً) وحبتين من مسهل شديد (Aerton's Cathartic) . فابتدأت تشعر بتحسن عام وابتدأ البول يروق وفى أربعة أسابيع شفيت تماماً . وعلى العموم فمتوسط مدة الشفاء ستة أسابيع .

ولا يفوتنى أن أذكر هنا أن الحرارة انخفضت فى اليوم الثانى كما أن المرض ابتدأ برعاف شديد .

ولا تختلف الحالات الاخرى عن هذه الا فى حالة عمرها ١٣ سنة من كفر سعفان شوهدت فى ٣ / ١٢ / ١٩٢٦ واستمر ارتفاع درجة الحرارة ٣٩° لسبعة أيام فى أول المرض

ومحمد فهيم من بدواى سن ١٠ سنوات كانت اصابته خفيفة جداً فى ٣ / ١ / ٢٧ شفى فى ١٥ منه ثم عاد له المرض فى اليوم الثامن والعشرين بحالة خفيفة

وحالة سعد احمد من كفر سعفان قريب الحالة الثانية سن ٢٠ سنة راق بوله تقريباً من ثلاث حقن عضلية بأ كتروزان شرنج « Icterosan » خمسة سنتى مترات مكعبة الحقنة

وحالة متولى حسن من تمى الامديد عمره ٢٥ سنة حيث كانت حالته تشبه التسمم البولى تماماً وأصيب بخراج بين اللوحين فى الظهر و بشقه كان المصل يكاد يكون صفراء خالصة وتوفى

وشوق سن ٢٥ سنة من ميت فراح حيث كان الكبد متمدداً والمغص المعوى شديدا والضعف أشد

والجميع تقريباً كنت أعطيهم مادة قلوية وأحيانا يروتر و بين ان لم تفد وحقن تحت الجلد من الاستركنين عند اللزوم واملاح مسهلة ؟

باب الرسائل

الحقن ببرمنجانات البوتاسا فى الوريد

للدكتور حامد محمود

طبيب أول مستشفى بنها

منذ أن تبينت لى فائدة الحقن بمحلول برمنجانات البوتاسا خصوصاً فى الحالات المتقيحة قد أعطيت هذه الحقن فى جميع حالات التهابات المثانة المتقيحة فكان جميع المرضى الذين يتبولون بولاصديدياً لزجا يتحسنون جداً أو يشفون اذا كانت الحالة ليست شديدة الخطورة . وقد ظهر لى أخيراً أن كثيراً من حالات المرضى المصابين بالبلهارسيا المثانية وعولجوا بالحقن بالطرطير يعودون فى العام الثانى وهم يشكون من التهاب عفن بالمثانة وقد قسمنا بعض هذه الحالات الى طوائف منها من كان يحقن بالبرمنجانات ومنها من كان يحقن باللبن والبعض الآخر يحقن باليوروتروبين وكانت أحسن النتائج تظهر دائماً فى الحالات التى عولجت بحقن البرمنجانات وليس استعمالها قاصراً على مثل هذه الحالات ولكنى استعملتها فى حالات الكسور المضاعفة المتقيحة وحالات الجروح المتقيحة وفى حالات التسمم الدموى العفن بنتيجة تدعو الى الارتياح وأظن أن تعميم الحقن بمحلول البرمنجانات بالتناوب مع حقن الطرطير فى مستشفيات البلهارسيا يعود على المرضى بأعظم الفوائد

وظيفة خفية للطحال

أعراض تظهر نتيجة فقد هذه الوظيفة بعد عملية استئصال الطحال

مصطفى سالم محمد عمره ٢٥ سنة من كفرمنصور مركز طوخ قبل بمستشفى

بنها بتاريخ ٢/٩/١٩٢٥ يشكو من تضخم بالطحال وقد عملت له الاجراءات العادية لمثل هذه الحالات قبل العملية . وقد وجد أن البول يحتوى على بويضات البلهارسيا والبراز على بويضات الاسكارس وعلى ذلك أعطى المريض ١٢ حقنة طرطير مقئ ورابع كلورور الكربون. أما الدم فقد وجد سلبياً للفاسرمان وبعد عمل هذه الابحاث جميعها وعمل العلاج اللازم لها استأصلنا الطحال في يوم ١٦ منه وقد وجد أن الطحال حوله بعض التصاقات وكانت حالة المريض جيدة عقب العملية ومكث كذلك مدة أربعة أيام ولكن فى اليوم الخامس تغيرت الحالة كثيراً حيث أصبح فى حالة اغماء مع احتقان فى العينين وهياج وكانت الحرارة ٣٦° سنتيجراد والنبض ١٣٠ فى الدقيقة وقد امتحن الصدر فوجد سليما والبطن وجدت منخفضة وليس هناك أى علامات لنزيف داخلى وعلى ذلك أعطى منبهات مختلفة وفى اليوم الثانى ارتفعت الحرارة الى ٣٧٫٥° سنتيجراد ثم الى ٣٨٫٥° واستمرت كذلك بضعة أيام أخرى ولما كان المريض فى حالة اغماء مستمر مع قلق شديد يتخبط فى فراشه وليس هناك من سبب ظاهر لذلك وأصبحنا وليس لنا من أمل فى حياة المريض فكرنا أنه ربما يكون للطحال وظيفة غير المعروفة أو افراز خفى فقده المريض منذ أن استؤصل له الطحال فأمرنا بأن يعطى المريض نخاعاً نيئاً وطحالا مفتتاً نيئاً أيضاً وقد ساعدناه فى أخذ هذا الغذاء فى الظهر فبدأ يفيق من ذهوله تدريجياً فى مساء ذلك اليوم نفسه وقد استمر على أخذ هذا الغذاء فقط مدة ثلاثة أيام فتبدل اليأس رجاء وتحسنت الحالة كثيراً ونزلت الحرارة تدريجياً الى المستوى الطبيعى وأصبح النبض قوياً ملموساً طبيعياً وزال الاحمرار من العينين واستمر المريض على التحسن حتى خرج فى يوم ١٥ اكتوبر ١٩٢٥ بعد أن شفى وقد رأيناه بعد شهر وبعد ستة أشهر من خروجه من المستشفى وهو متمتع بصحة جيدة م؟

خمس حالات التهاب صديدى

بحوض الكلى عولجت بالغسيل بمحلول نترات الفضة ٢ ٪ الى ٥ ٪

للدكتور فريد حنين عبد السيد

طبيب أول مستشفى قليوب

ان الالتهاب الصديدى لحوض الكلى والكلى نفسها شائع فى مصر بكثرة وأن انتشار البلهارسيا عندنا ومضاعفاتها كالحصوات والاورام والتهابات الحالب والضيق الذى يتبع هذه الالتهابات لما يجعل الكلى وحوضها عرضة للعدوى. وأصبح الصديد فى البول أمراً اعتيادياً وانما الحالات التى سأذكرها فهى وان كانت عولجت من البلهارسيا التى وجدت فى معظمها وأعطيت كل المطهرات البولية والمعوية كاليورتروبين والسيليترو بين والمركيوركروم والديمول والسالول بالفم والوريد ومع عدم وجود أى امتداد أو أية مضاعفات أخرى تدعو لاستمرار الصديد فى البول الا أنها بقيت على ماهى عليه أولم تستفد من العلاج الا قليلا. وأخيراً اضطررت أن ألجأ الى قسطرة حوض الكلى المصابة وسحب ما به من البول وقياس الكمية التى سحبت ووضع محلول نترات الفضة تتفاوت قوته بين ٢ ٪ و ٥ ٪ بدلا منها (وانما أقل قليلا) يترك لمدة خمس الى عشر دقائق ثم يسحب ثانياً . وكنت أكرر هذه العملية فى الرجال مرة كل أسبوع وفى النساء مرة كل يومين لسهولتها عندهن وكانت النتيجة أنهم شفوا جميعاً بتكرار الغسيل من مرتين الى سبعة م؟

والاحوال الآتية عولجت بهذه الطريقة وكان نصيبها الشفاء

الحالة الأولى

محمد مصطفى . أدخل المستشفى يوم ٢٥/١/٢٦ بعد أن تم علاجه من البلهارسيا بالملحق وكان يشكو بأنه يتبول قيحا فى البول وبالفحص بالمنظار المثانى (السيستسكوب) وجد عنده : المثانة وفتحة الحالب الايمن سليمتان — فتحة الحالب الايسر ملتهبة ويتدفق القيح منها — قسطر الحالب الايمن وفحص البول فوجد اعتيادى — قسطر الحالب الايسر وفحص البول فوجد به كريات صديدية — وباشيلوس القولون B. coli (المعامل) والاشعة سلبية (مستشفى القصر العينى)

عولج المريض بالطريقة الاعتيادية التى ذكرت لمدة ١٥ يوماً فلما لم ينجح غسل حوض الكلى المصابة بمحلول نترات الفضة ٢ ./. مرتين فانقطع الصديد بسرعة غريبة ولم يشكو المريض من أى ألم أو مضاعفات للعلاج

الحالة الثانية

زكى حنا يوسف . دخل المستشفى يوم ٢٤/٢/٢٦ يشكو بمغص كلوى يسارى وقيح فى البول وبالفحص بمنظار المثانة (بالسيستسكوب) وجد التهاب بفتحة الحالب الايسر وقيح يتدفق منها و بفحص البول وجد باشيلوس القولون B. coli (المعامل) والاشعة سلبية (مستشفى القصر العينى)

وعولج بطريقة الغسل ثلاث مرات بمحلول نترات الفضة ٢ ./. وشفى

الحالة الثالثة

عبد الفتاح سيد احمد أدخل المستشفى بتاريخ ٦/٥/٢٦ يشكو بمغص كلوى يمينى وصديد فى البول وبالفحص بمنظار المثانة (بالسيستسكوب) وجد

التهاب وتورم بفتحة الحالب الايمن . قسطر الحالب الايمن فوجد بالبول كريات صديدية والميكروب السبحى والعنقودى (المعامل) . وقسطر الحالب الايسر فوجد البول اعتياديا والاشعة سلبية

عولج بغسل حوض الكلى المصابة بمحلول نترات الفضة ٤ ٪ وكانت النتيجة الشفاء بعد مرتين .

الحالة الرابعة

سيدة ابراهيم حولت من الملحق بعد أن عولجت من البلهارسيا بتاريخ ٤/١٠/٢٦ تشكو بأنها تتبول صديداً فى البول و بالفحص بالسيستسكوب وجدت المثانة وفتحة الحالب الايمن عاديتين وكذا البول من الكلى اليمنى . اما فتحة الحالب اليسرى فملتهبة و يتدفق الصديد منها . فحص البول للكلى اليسرى فوجد به الميكروب السبحى والعنقودى و باشيلوس القولون B. Coli (المعامل) . والاشعة سلبية . عولجت بالغسل ثلاث مرات بمحلول نترات الفضة ٤ ٪ وشفيت

الحالة الخامسة

عيشة مصطفى . حولت من الملحق بعد علاجها من البلهارسيا بتاريخ ٢/١١/٢٦ تشكو من صديد بالبول و بفحصها بالسيستسكوب وجدت المثانة وفتحة الحالب الايمن والبول من الكلى اليمنى عادية . فتحة الحالب الايسر ملتهبة و بالبول كريات صديدية و باسيل ناپوليتانس Bacillus Napolitanus والباسيل الأسيوى Bacillus asciaticus (المعامل) والاشعة سلبية. ولما عولجت بالمطهرات البولية ولم يفلح عمل غسيل حوض الكلى المصابة فسحب منه أولا بول يزبد على

١٥٠ جراما ووضع مكانه محلول نترات الفضة ٢ ./. ثم ٥ ./. وكررت هذه العملية سبع مرات كل ثانى يوم وفى المرة الاخيرة كان الحوض لا يسع أكثر من ٢٠ جراما بدون ألم وأصبح البول اعتياديا تقريباً مما يدل ليس على التحسن فقط فى الالتهاب الصديدى بل ضمور فى الحوض ورجوعه الى ما يقرب الطبيعى

ان هذه الطريقة شائعة جداً فى فرنسا وأمريكا أكثر منها فى انكلترا حتى أنها تعمل لمرضى العيادة الخارجية فى فرنسا وبعد أن يستريح المريض ربع ساعة يذهب الى منزله ويندر أن تصحبها مضاعفات كالمرض الكلوى والاحتباس البولى كما ان تكرار الغسيل لا يضر فقد غسل Killy لمريض بسيلان الكلى ١٢٠ مرة ومع ذلك كان التحسن وقتيا وأن أحسن محلول هو نترات الفضة ولا بأس من استعمال البرترجول protorgol ٢٠ ./. والكولرجول Collargol ٢٠ ./. والارجيرول ٢٠ ./. والمركيوركروم Mercurochrome ١ . . ./.

التعليق للدكتور عبد الحليم محفوظ بك

من النادر أن يحصل التهاب صديدى لحوض الكلى من غير أن تصاب الكلى نفسها أما بالتهاب بسيط أو بالتهاب صديدى أو يتكون خراج بمنسوجها وأسباب ذلك معروفة وهى متعددة ومتباينة وطبعاً علاج كل حالة يكون حسب المسبب لها وفى بعض أحوال الزميل الدكتور فريد يظهر أن السبب كان البلهارسيا (وقد تعالجت منها بالملحق) . وفى الاحوال الاخرى كان السبب ميكروبات أنواعها مبينة بنتيجة تحليل المعامل وغسيل حوض الكلى عند حصول التهاب صديدى به أمر معروف من زمن قديم وقد ذكر « كسير » الاستاذ بجامعة برلين بكتابه « أمراض الجهاز البولى التناسلى » صحيفة ٤٨١ أنه عالج بهذه الطريقة (أى بغسيل حوض الكلى بمحلول نترات الفضة ١ فى ١٠٠٠) اثنى

عشرة حالة تسع مسببة من جونوكوك وثلاثة مسببها باسيل القولون وكلها شفيت تماماً بهذا العلاج

وغرضى من كتابة هذه المشاهدات الخمس بالمجلة الطبيـة تشجيع حضرة الزميل الدكتور فريد على الاستمرار فى ابحاثه مع زيادة الدقة فى البحث واستيفاء جميع النقط النـاقصة ومراعاة تمام الوسائل اللازمة لذلك مع الرجوع للمراجع العلمية وأرجو أن يكون حضرته خير قدوة لغيره من الاطباء المصريين حيث مجال البحث العلمى الطبى بمصر واسـع خصوصاً للذين أسعدهم الحظ بالوجود بالمستشفيات العمومية بجوار المعامل ومع زملائهم الاطبـاء المساعدين لهم الذين اذا تضافروا جميعاً أنتجوا نتائج مفيدة للعالم الطبى بأجمعه وعلى الاخص ما يتعلق منها بالامراض الكثيرة الانتشار بين المصريين

حالة جيب مثانى نادرة

للدكتور حامد محمود

طبيب أول مستشفى بنها

سيد احمد عباس ذكر عمره ٣٥ سنة من بير شمس قبل بمستشفى بنها بتاريخ ٢٥/٩/١٩٢٦ وعملت له عمليـة فتق اربى يمينى فى ٢٧ منه وكانت العملية المزمع عملها له هى عملية باسينى المعدله وفى أثناء العملية وجدنا كتلة كبيرة من المواد الدهنيـة أجرينا فصلها من الحبل المنوى وكان علينا أن نبحث عن كيس الفتق وسط هذه الكتلة وفعلا أمكن اظهار كيس رفيع شفاف وسطها وقد فتحت هذا الكيس لظنى أنه هو صندوق الفتق وقد سبق أن ذكرت أن هذا الكيس رفيع وزيادة على ذلك فانه طويل طوله ٦ سنتمترات تقريباً وفى أثنـاء فصـله عما حوله ظهر كيس آخر مشابه جداً له ولكن أيهما كان الكيس الحقيقى للفتق هذا ما كان واجب على أن أتبينه ولكن المريض كفانى مؤونة البحث حيث انه حزق فظهرت الامعاء داخل الكيس الآخر وعلى ذلك أصبح أمراً لا شك فيه أنه هو كيس الفتق . أما الكيس الثانى فكان محتما على معرفته ولمـا كان عنقه ضيقا وليس له رائحـة وضعنا مجساً داخل المثانة عن طريق القضيب ، وكان هناك بعض الصعوبة أولا ، لمعرفة الاتصال بين المثانة وهذا الكيس ولكن ظهر بعـد ذلك أن بينهما اتصالا هو فتحة صغيرة وعليه ربطت هـذا الكيس وأجريت اغماره ووضعت فوقه غرز لتغطيته. أما الكيس الفتقى فقد قطع بعد ربطه وانتهت العملية بالطريقة المعتادة بعد أن ترك جزء من الشاش المعقم للدرنقة ولما كانت

حائط المثانة الاصلية سميكة والكيس المتصل بهـا رفيعا كما ذكر كان بديهياً أن نعرف العلاقة بينهما هى أن هذا الكيس هو جيب مثانى . وهى حالة نادرة الحدوث لم أشاهدها مع كثرة ما قمت به من مئات عمليات الفتق مدة السنين الطوال بالمستشفيات وقد ارتفعت حرارة المريض بعد العملية عدة أيام وأعطى من الادوية مدراً للبول ويوروتروبين كمطهر له وبعض الاملاح لتخفيض الحرارة ولكن بدون جدوى وبعد ذلك أعطى محلول برمنجنات البوتاسا كحقنة شرجية ثلاث مرات يومياً وكانت النتيجة عجيبة جداً حيث نزلت الحرارة الى الدرجة طبيعية بسرعة كبيرة وخرج المريض من المستشفى فى يوم ١٤/١٠/٢٦ بعد أن شفى تماماً

اعراض خداعة لالتهاب الزائدة الدودية

للدكتور حامد محمود

سعد محمد سلامه ذكر عمره ٣٠ سنة من سنهوره شرقية قبل بمستشفى بنها فى ٢/١٢/١٩٢٦ يشكو من آلام مستمرة فى الحفرة الحرقفية اليسرى والقطن الايسر مصحوبة بحساسية الجذب الى أسفل ويشكو المريض من هذه الآلام منذ سنتين فى المواضع السابق ذكرها على انه أحيانا يشعر بهـذه الآلام فى منطقة الطحال وأحيانا عند السرة وهـذه الآلام تشـتد فى بعض الاوقات وتكون مصحوبة بقيء وامساك ولكن لم يشعر المريض بهـذه الآلام فى الحفرة الحرقفية اليمنى مطلقاً . ومنذ سنة تقريباً دخل مستشفى هرمن بمصر القديمة لعلاج هذه الآلام وقد أعطى هناك بعض الادوية والحقن بدون فائدة وبعدئذ عملت له هناك عملية فتح بطن وكانت الفتحة تحت السرة فى الخط المنتصف ولم

تأت العملية بأية فائدة مطلقاً ولما يئس المريض من فائدة وجوده بالمستشفى تركها .
وكان عقب ذلك يستشير دائماً الاطباء الموجودين بجوار قريته وفى يوم ١٩٢٦/١٢/٢
حضر لعيادتى الخصوصية وهناك بحثته وأرسلته الى المستشفى وكان يظهر عليه
البؤس والتعاسة مع اليأس من الحياة و بفحص البول وجد أنه طبيعى خال من
الزلال والسكر و بويضات البلهارسيا وكذلك لا توجد هناك حصوات بالمثانة
والبراز وجد به بويضات الاسكارس وأعطى لذلك مسحوق السنتونين وعملت
له أيضاً الاشعة ولكنه لم يمكن استنتاج شيء منها وكان عند المريض دائماً آلام
مستمرة يمشى منحنياً قليلا . وفى يوم ١٢ / ١٢ / ١٩٢٦ عملت له عملية وفتحت
البطن فى موضع العملية الاولى أى فى الخط المنتصف أسفل السرة وأثناء فتح
البطن فحصت الكلية اليسرى والحالب والقولون ولكن لم يظهر أى سبب
لآلام ذلك الرجل المسكين ولكونى متذكراً أن هناك آلاما كثيرة خداعة تصحب
التهاب المرارة والزائدة الدودية فقد دفعنى هذا الى أن أمتحن المرارة فوجدتها
طبيعية وعند بحثى عن الزائدة الدودية وجدتها تشغل مكاناً مستعرضاً باتجاه قليل
الى أعلى مقوصة الطرف وطولها ١٨ سنتيمتراً وعلى ذلك استؤصلت بالطريقة المعتادة
وقفلت البطن . وفى اليوم الثانى للعملية كما فى الايام التالية ذهبت الآلام وأصبح
المريض يأكل جيداً و ينام مستريحاً وخرج من المستشفى فى يوم ٢٠ / ١٢ / ٢٦
فرحاً نشيطاً مملوءاً حياة

البلهارسيا

« حالة غريبـة بانسان »

فى أواخر عام ١٩٢٦ زرت مستشفى المنصورة للتفتيش عليها فأطلعنى صيدلى المستشفى رفيق افندى خورى على صورة لبويضات بلهارسيا بوفس « بلهارسيا البقر » وجدها ببول أحد عمد مديرية الغربية وأعطانى تاريخ الحالة كالآتى :

المريض اسمه م ج بك عمدة . . . غربية من سبع سنين مضت وهو يحلل بوله بمعامل مختلفة بمصر وباسكندرية ونتيجة تحليل بوله دائماً كانت وجود زلال ومواد صديدية . والعلاج الذى وصفه له طبيبه كان « الغذاء اللبنى والخضراوات والفواكه وماء شعير والتدفئة » ولكن الحالة لم تتحسن

وكان الدكتور رزق الله جرجس طبيب مركز طلخا هو الطبيب الذى باشر علاج المريض وقد كان متألماً من عدم نجاح علاجه مدة السبع سنين وأخيراً طلب حضرته من الصيدلى المذكور أن يفحص بول المريض فحصاً ميكروسكوبياً ففعل ذلك يوم ٧ اغسطس سنة ١٩٢٦ فوجد البول يحتوى على أثر زلال وبعمل ترسيب وأخذ عينات خمس من بول ٢٤ ساعة وبحثها وجد بها كرات دموية حمراء ومادة صديدية وبويضات بلهارسيا شكلها كالمبين بالرسم

ولم يجد بالبول اسطوانات مطلقاً . وبطريق الصدفة تقابل الصيدلى مع الدكتور محمود افندى أباظه بطنطا فأوراه رسم هـذه البويضات فقال له هذه بويضات بلهارسيا بوفس وقال له أن هذه البويضات توجد غالبا فى بول الجاموس المصاب بمرض البلهارسيا وكتب له اسمها Schistosoma Bovis Spindalis

وأخبره أيضاً أنها توجد فى الانسان أحيـاناً وأنه وجد ما يشابهها فى حالة

واحدة بشخص مصرى مصاب ببلهارسيا بسفط العنب ولكنه لم يتتبع الحالة



وقد طلب حضرة الدكتور أباظة افندى من الصيدلى ارسال عينة للمعامل ليفحصها مع حضرة الدكتور محمد افندى خليل الاستاذ بالجامعة وطلب منه أيضاً ارسال الرواسب داخل انبوبة بعد أن يضع بعض نقط فورمالين عليها

و بتاريخ ٢٣ سبتمبر سنة ١٩٢٦ أرسل المريض له عينة بول و بفحصها وجد كرات دم حمراء ومادة صديدية ولم يجد بويضات ولا اسطوانات بولية

و بتاريخ ١٥ سبتمبر سنة ١٩٢٦ أرسل له المريض عينة أخرى وكانت نتيجة فحصها مثل سابقتها أى أنه لم يجد بها بويضات

و بتاريخ ٢٧ سبتمبر سنة ١٩٢٦ أرسل المريض عينة ثالثة و بفحصها وجد كرات دم حمراء ومادة صديدية و بويضات بلهارسيا بوفس ولم يجد اسطوانات

بولية فأرسل منها عينة للمعامل ووضع بعض نقط فورمالين حسب الطلب فجاءته النتيجة ان حضرة الدكتور خليل والدكتور أباظه لم يجدا بويضات بلهارسيا البقر بالفحص الميكروسكوبي وحضرته (أى الصيدلى) يظن أن الفورمالين هو السبب فى اتلافها

وبتاريخ ٤ أكتوبر سنة ١٩٢٦ أرسل المريض عينة من بوله أيضاً لرفيق افندى وبفحصه وجد به كرات دم حمراء ومادة صديدية وبويضات بلهارسيا بوڤس ولم يجد به اسطوانات بولية وقد رسم هذه البويضات « الغريبة » على الورق يوم ٢٤ أكتوبر سنة ١٩٢٦ وهو ينظر الى الميكرسكوب وأمكنه أن يرسم مجموعة مختلفة الوضع منها ثم بعد ذلك أخرج منها بالفتوغرافيا عدة صور

وكانت شكوى المريض للصيدلى هى كما يأتى :

« أنه يشكو من آلام وقت البول وبعده وكان من مدة عشر سنين يرى فقط دما بعد البول وعمل أشعة X فوجد المثانة خالية من الحصوات وقال انه لم يصب طول حياته بالسيلان وأنه يجلس دائماً على مرتبة ولا يركب الخيل وقل له أخيراً أنه واثق أن مرضه هو بلهارسيا وأنه سيبدأ بمعالجة نفسه منها » ومن يوم ٢٤ أكتوبر سنة ١٩٢٦ لغاية الآن لم يسمع عنه شيئاً

ورفيق يقول انه لم يجد بويضات البلهارسيا بوڤس دفعتين ووجدها أربع دفعات ويرى أن السبب فى ذلك أن الدودة عائشة فى وسط غير وسطها لانها عائشة فى جسم انسان وليس فى جاموس

هذا هو كل ما ذكره لى حضرته بخصوص هذه الحالة وقد بحثت فى معمل ألابحاث عن الجواب الذى أرسلت به عينة البول من المنصورة وعما تم فى العينة فوجدت حضرة الاستاذ الدكتور محمد خليل كتب على الافادة بخط يده بالانكليزية ما معناه :

« الاجسام التى وجدت بالبول تشبه بلهارسيا بوفس وأنصح بطلب المريض للمعامل لاخذ عينة من بوله لبحثها ميكروسكوبياً وهى حديثة

معلوماتى عن البلهارسيا : مرض البلهارسيا بالانسان و بالحيوان مرض قديم الوجود ومزمن والاهتمام به قديم أيضاً و بازدياد الاهتمام به فى السنين الاخيرة أمكن العثور على أنواع لم تكن معروفة من قبل . وديدان البلهارسيا تعيش عيشة تسلقية وتقضى عند الانسان و بعض أنواع الحيوان معظم أطوار حياتها و بعضها الآخر بالقوقع الخاص بها وكان المعروف لمدة قريبة أن ثلاثة أنواع منها فقط تصيب الانسان وهى بلهارسيا هيماتو بيوم S. Haematobium وهى تصيب المثانة (الجهاز البولى) و بلهارسيا منسونى S. Mansoni و بلهارسيا چپونى (البلهارسيا اليابانى) S. Japonicum يصيبان الامعاء

وفى سنة ١٩٠٥ أثبت استيفنس وكرستوفرس Stephins & Christophers وجود نوعين من البلهارسيا ببول أحد سكان مدراس كان مصاباً بالبول المدمم وهذين النوعين هما بلهارسيا هيماتو بيوم وبلهارسيا آخر شكله مغزلى spindle وفى سنة ١٩٢٥ أثبت كونستن Cawnston أنه وجد ببول تلميذ برادلولند بويضات بلهارسيا هيماتو بيوم بقدر ٨٠ ٪ و بو يضات بلهارسيا بوفس بقدر ٢٠ ٪ وذكر أيضاً أن البو يضات الاخيرة تختلف فى حجمها ومقاساتها عن البلهارسيا المغزلية Spindalis وأن بو يضات بلهارسيا بوفس التى وجدها فى هذه الحالة حافتها مستقيمة اذا نظرت من الجنب وأن البو يضات الناضجة التى من هذا النوع مقاسها ٢٤ م . م . وذلك يجعلنا نقرر انها غير البو يضات المغزلية S. Spindalis لان الاخيرة لها قرنان نهائيان رفيعان وأحدهما له شوكة وجه أحد جانبيها مسطح ووجه الجانب الآخر بيضاوى ومقاساتها تختلف كثيراً عن مقاس بو يضات بلهارسيا بوفس

وفى سنة ١٩٢٦ ذكر شندلر Chandler أنه وجد ثلاثة أنواع أخرى من البلهارسيا وهى بلهارسيا انديكم (الهندية) و بلهارسيا بومفوردى Bomfordi ونوع ثالث مجهول سماه بلهارسيا مجهول P. incognitum وقد وجد هذا النوع الاخير ببراز أحد أهالى البنجال بالهند وبويضاته تشبه كثيراً بلهارسيا هيماتو بيوم و بلهارسيا انديكم الا أنها تختلف فى موضع الشوكة وفى مقاسات البيضة فى الطول والعرض.

هذا بالنسبة لعدوى البلهارسيا للانسان أما بالنسبة لعدواها للحيوان فقد ذكر كوبولد Cobbold سنة ١٨٥٩ أنه وجد دودة البلهارسيا باوردة المساريقا لقرد وفى سنة ١٩٠٤ أثبت كتسورادا Katsurada عدوى البلهارسيا اليابانية للقط وفى نفس السنة وجد هذا النوع من البلهارسيا سوشيا Tsuchiya بالكلاب والانسان. وفى سنة ١٩٠٩ أثبت فوجنيامى Fujinami وناماكورا Namakura أن المواشى والخيل والكلاب والقطط وكذلك الانسان نفسه يعتبرون جميعاً مضيفين للبلهارسيا ومن سنة ١٩١٥ لغاية سنة ١٩١٩ أمكن ليبروفيرلى Leiper & Fairley عدوى بعض أنواع الفيران والقردة بالبلهارسيا التى تصيب الانسان وقد ذكر هملتن فيرلى Hamilton Fairley بالمجلة الهندية للابحاث الطبية عدد يناير سنة ١٩٢٧ بالفقرة الثانية صحيفة ٦٨٦ أنه ليس هناك برهان حقيقى يدل على أن البلهارسيا المغزلية S. Spindalis أصابت أبداً الانسان وأن الماعز تصاب بهذا النوع من البلهارسيا بسرعة كبيرة اذا تعرضت للعدوى

كلمة لاخوانى حضرات الاطباء

ثابت طبياً أن كثيراً من الامراض تصيب الحيوان والانسان فليس من البعيد أن تنتقل عدوى البلهارسيا من الحيوان للانسان بعد أن تقضى جزءاً من حياتها بالقوقع الخاص بها و بالنسبة لكثرة انتشار المرض وخطورته ولان الفلاح

المصرى يختلط بماشيته كثيراً ويشتغل معها فى الحقل ويتواجد بجوارها معظم النهار فعمدت الى كتابة ما سبق ذكره بالمجلة الطبية المصرية راجياً من حضرات الاطباء الذين يشتغلون فى مستشفيات الانكلستوما وعددها الآن ٣١ مستشفى وستصير بعد قليل من الاسابيع ٣٨ مستشفى (لانه سيضم عليها ٧ بالميزانية الجديدة التى تحت التصديق بالبرلمان) وكذا حضرات أطباء المستشفيات العمومية وغيرهم ممن يهمهم الامر أن يهتموا بالموضوع و يبحثوه من جميع نواحيه واذا عثروا على شىء جديد منه يدونوه و يتقدمون به للمؤتمر الدولى القادم الخاص بامراض المناطق الحارة الذى سيعقد بمصر سنة ١٩٢٨ فيخدمون أنفسهم و بلدهم و يخلدون اسمهم و يعلون اسم وطنهم ؟

الدكتور عبد الحليم محفوظ بك

حالة التهاب مثانى نتيجة

ادخال عيدان الكبريت فى المثانة

للدكتور كامل يعقوب طبيب مركز فوه

الحالة

نبوية حسانين . متزوجة . تبلغ من العمر خمساً وعشرين عاماً تشكو من عسر فى البول مصحوب بألم وازدياد فى عدد نوبات التبول من مدة أسبوعين . وتشعر فى الوقت نفسه بألم فوق العانة وأحياناً يشع هذا الالم فى اتجاه الظهر أو العجان او الخاصرتين

تاريخ المرض

لم يسبق للمريضة أن تشكو مرضاً ما الا أنها كانت تحمل وتلد فى كل عام دفعة . وحملت على هذا النحو خمسا فشعرت بالضعف والهزال يتطرقان الى جسمها من تعدد الحمل والارضاع مع رقة الحال وسوء التغذية . ولما وضعت فى الدفعة الاخيرة من نحو ثلاثة أسابيع أشارت عليها احدى صديقاتها بأن تضع فى مهبلها عقب الوضع بعض عيدان الكبريت فيتم لها بذلك منع الحمل أو على الاقل ارجاؤه الى أمد بعيد . وانتظرت المرأة الى ما بعد الوضع بثلاثة أيام وعمدت الى عيدان الكبريت تدخلها فى المهبل وكانت أثناء ذلك تشعر بألم الا أنها تحملته فى سكون وصبر أملا فيما سيترتب عليه من ارجاء الحمل وما يتبع ذلك من تحسن فى صحتها وتوفير فى موارد معيشتها المحدودة . ولم تمض على فعلتها سحابة يومها حتى شعرت بألم شديد فوق العانة وأحست بمغص فى القسم الشراسيفى وانتابها قىء ودوار واصفر الجو فى عينيها . ودخلت عليها وهى على هذه الحال جارة لها وسمعت قصتها فعمدت الى عيدان الكبريت وأخرجتها من المهبل . و بعد ثلاثة أيام

تحسنت حالة المريضة الا أنها بدأت تشعر بعسر فى التبول تحملته حيناً ولما اشتدت وطأته عليها حضرت للاستشارة

الفحص

المرأة نحيفة الجسم باهتة اللون رخوة العضلات . درجة حرارتها ٣٧٫٨° سنتجراد . وسرعة نبضها ٨٢ فى الدقيقة . ونسبة الهميوجلوبين فى الدم ٤٠ فى المائة . و بفحصها وجدنا أنها تتألم كثيراً عند الجس فوق العانة . وأمكننا أن نلمس حافة الكبد السفلى تحت الاضلاع اليمنى

و بفحص الاعضاء التناسلية وجدنا المهبل محتقناً وكذلك عنق الرحم ووجدنا الرحم يجاوز حجمه الطبيعى قليلا و يرتد للخلف . ووجدنا مجرى البول محتقناً ومحوطاً بهالة حمراء

و بفحص البول وجدناه كدر اللون قلوى التفاعل خالياً من الزلال والسكر ومن بويضات البلهارسيا . ويحوى كمية من الخلايا الصديدية وقليلا من الكريات الحمراء والخلايا القشرية

وبوضع المجس داخل المثانة شعرنا بوجود جسم غريب داخل المثانة يعيق حركة المجس ولا يحدث صوتاً أو رنيناً باحتكاكه به . و بناء على هذا الفحص نصحنا المريضة بعمل عملية جراحية لمعرفة هذا الجسم الغريب واستخراجه فقبلت

العلاج

أعطينا المريضة مسهلا فى ذلك اليوم وفى صباح اليوم التالى أجرينا تخديرها بواسطة التخدير الشوكى . و بعد تطهير المهبل والعانة والاجزاء المجاورة بصبغة اليود أجرينا توسيع مجرى البول بواسطة موسعات هيجار . وتدرجنا فى التوسيع حتى أمكن ادخال الاصبع الخنصر لليد اليمنى ثم الاصبع السبابة داخل المثانة . وفى

نفس الوقت أدخلنا الاصبع السبابة والوسطى لليد اليسرى فى المهبل وضغطنا بهما فى اتجاه قاع المثانة . وبهـذه الطريقة مع تقريب أصابع اليدين أمكننا جس الاجسام الغريبة داخل المثانة وتأكد لنا من الجس أنها لا بد أن تكون عيدان ثقاب . وللحال أخرجنا الاصبع من المثانة وأدخلنا جفتاً و بعـد محاولات غير عديدة أخرجنا ثلاثة عيدان من الثقاب الصغير المسوكر . ثم أجرينا غسيل المثانة بمحلول البوريك الدافئ

ولشد ما دهشت المريضة عند مارأت عيدان الثقاب . الا أنها أكدت أن عددها كان أكثر من ثلاثة . واستنتجنا من ذلك أن المريضة كانت أدخلت بعض العيدان فى المهبل وأدخلت بعضها خطأ فى المثانة

و بعد العملية وصفنا للمريضة الادوية الآتية :

(١) جاوات الصودا ٥ر٠ جراما

صبغة البنج ٥ر١ «

جلسرين ٥ «

منقوع البوكو ٣٠ «

جرعة ٣ مرات فى اليوم

(٢) هلميتول ٥ر٠ «

فى برشامة ٣ مرات فى اليوم

(٣) اكتيول ١٠ «

جلسرين ١٠٠ «

لبوس

وحصل للمريضة بعـد العملية مباشرة تسلسل بولى استمر يوماً و بعض يوم ثم تماثلت للشفاء تماماً

محضر الجلسة العلمية الثانية والثمانين

للجمعية الطبية المصرية

اجتمعت الجمعية فى الساعة ٧ ونصف من مساء الاربعاء ٢٣ فبراير سنة ١٩٢٧ بقاعة الفيسيولوجيا بكلية الطب بقصر العينى وبحضور نخبة كبيرة من حضرات أطباء القاهرة والاقاليم وبعد تناول الشاى افتتحت الجلسة برئاسة الدكتور محمد خليل عبد الخالق الذى دعا حضرة الدكتور محمود فريد لالقاء محاضرته عن (فحص المعدة باشعة رنتجن وتشخيص أمراضها) وبعد الانتهاء منها شكره الرئيس بالنيابة على حسن محاضرته وأعلن ارجاء المناقشات لحين الانتهاء من سلسلتها

ثم دعا حضرته الدكتور ابراهيم عبد السيد لالقاء محاضرته عن (صحة الفم والاسنان عند الاطفال)

وبعد الانتهاء منها شكره الحاضرون على عنايته وبحثه

ورفعت الجلسة فى الساعة التاسعة مساء ؟

القاهرة فى ٢٣ / ٢ / ١٩٢٧ — السكرتير

محضر الجلسة العمومية الاعتيادية الثامنة

اجتمعت الجمعية العمومية الاعتيادية للمرة الثانية (لعدم تكامل الاعضاء في الجلسة السابقة) فى الساعة العاشرة من صباح الجمعة ١١ مارس سنة ١٩٢٧ بدار نادى مدرسة الطب بقصر العينى برئاسة حضرة صاحب العزة الدكتور على ابراهيم بك

و بعد افتتاح الجلسة أحصيت ظروف الانتخابات فوجدت ٨٩ ثم بدئ بعملية الفرز فأسفرت عن الآتى : —

الرئيس : —	بالاجماع		الدكتور على ابراهيم بك
الاعضاء	٧٠ صوتاً	«	محمد خليل عبد الخالق
	٣٤ «	«	محمد عبد الحميد بك
	٣١ «	«	توفيق شوشه بك
	٢٦ «	«	توفيق عمر
	٢٤ «	«	محمود عبد الوهاب بك
للاحتياطى	٢٣ «	«	احمد بك حلمى
	٢١ «	«	عيسى حمدى المازنى بك
	٢٠ «	«	احمد فهمى الرشيد بك
	١٧ «	«	اسكندر جرجاوى
	١٥ «	«	عبد الحميد العرابى
	١٤ «	«	محمد السباعى حسانين

و بعد اعلان النتيجة حيا الرئيس حضرات الاعضاء بالسنة الجديدة ورفعت الجلسة فى الساعة ١٠ والدقيقة ٥٠ صباحا

السكرتير

القاهرة فى ١١ مارس سنة ١٩٢٧ — الدكتور محمد خليل عبد الخالق

تقرير

سكرتير الجمعية الطبية المصرية عن حالة الجمعية فى سنتها السابعة

سادتى الزملاء

اليوم تدخل الجمعية فى عامها الثامن ناجحة ومتقدمة بدرجة تسترعى كل اعجاب واكبار.

سارت الجمعية فى العام الماضى برئاسة حضرة صاحب العزة الاستاذ الدكتور على بك ابراهيم تعاونه فى ادارة الجمعية نخبة صالحة من حضرات اعضائها فخطت خطوات واسعة وهامة طالما سعت لها من قبل

وقد عقد مجلس الادارة خلال العام المنصرم ١٥ جلسة بحث فيها عدة مسائل وفق فيما يأتى منها بالنجاح

١ — السعى لدى الحكومة فى تقرير اعانة مالية للجمعية والمجلة انتهى به الامر الى تقرير مبلغ ٢٥٠ جنيها سنويا من كل من وزارة المعارف ومصلحة الصحة أى ٥٠٠ جنيها سنوياً

٢ — مسألة بناء مدرسة الطب بأرض المنيل وانتهى فيها الأمر بالنجاح

٣ — تقرير السير كوبر برى وعرضه على الجمعية قبل البت فيه لابداء ملاحظاتها عليه وقد تم ذلك فعلا

٤ — السعى لدى الحكومة لتقرير اعانة مالية لعائلة المرحوم الدكتور عبد الحميد عامر بك انتهى فيه الامر بتقرير مبلغ الف جنيه

٥ — البحث فى مسألة الازياء

٦ — تنظيم رحلة تحت رعاية الجمعية بالبلاد الاوروبية وسيوزع قريباً برنامجها

وقد عقدت الجمعية ١٨ جلسة علمية كان من بين المحاضرين فيها عدد كبير من الاساتذة الاجانب مثل فوكس وروك وبرناند ولندهرست ديوك وبيرارد وجروس وسبتزى وغيرهم . وقد بلغ عدد الحضور فى بعضها أزيد من سبعين عضواً غير الطلبة والزوار

تقرير

ببيان ايرادات ومصروفات الجمعية الطبية المصرية خلال سنتها السابعة

١٩٢٦

أتشرف بأن اسرد على حضراتكم بيانا بحركة صندوق الجميعة خلال السنة الماضية ستتبينون منه مقدار مجهود المجلس ولجنة تحرير المجلة فى سبيل انماء موارد الجمعية حتى تتكافأ ايراداتها مع المصروفات التى زادت بازدياد حركة الجمعية ونشاطها .

ا — ومما يسترعى النظر بهذه المناسبة زيادة اقبال حضرات الزملاء على الانضمام للجمعية حتى بلغ عدد من اشتركوا فى خلال السنة ٥٤ عضواً منهم ٢١ من القاهرة والباقى من خارجها وهو عدد لم يسبق أن انضم الى الجمعية فى مثل هذه المدة القصيرة

ب — زيادة اقبال البيوت التجارية للادوية على الاعلان بالمجلة حتى بلغت الزيادة نحو ٨٥ جنيها

ج — غير أنه لوحظ على حضرات الاطباء الاعضاء المقيمين خارج القاهرة توانيا فى التسديد رغم الخطابات والاعلانات المستمرة حتى وصلت

نسبة الذين سددوا الاشتراكات الى أقل من خمسين فى المائة بكثير

وقد فحص المجلس هذه المسألة بعناية واتخذ فيها تدابير نرجو أن تفى بالمرام معتمدين فى نتيجتها على معاونة حضرات الزملاء

هذا من حيث الايرادات أما من جهة المصروفات فترجع زيادتها لامور عدة نذكر منها

ا — زيادة المصروفات المطبعية للمجلة نتيجة زيادة بعض الاعداد الى ٢٢ ملزمة وأغلبها الى عشرة ملازم

ب — زيادة نفقات البريد وحفلات الشاى نتيجة عقد جلستين علميتين شهرياً

ج — زيادة نفقات باب الادوات نظراً لشراء ماكينة طبع ماركة جستترو وما استلزمته من الادوات والاوراق خلال السنة

الايرادات — وهذا هو البيان

	م	ج	م	ج	
الجمعية			٠٠	١٢٣٨٠	من اشتراكات داخل القاهرة عن سنة ١٩٢٦
			٠٠	٠٢٢٥٠	« « « « « سنة ١٩٢٥
			٠٠	٠٧٧٩٥	« « خارج « « سنة ١٩٢٦
	٠٠	٢٣٢٢٥	٠٠	٠٠٨٠٠	« « « « « سنة ١٩٢٥
المجلة			٠٥	٢٠٤٩٤	من الاعلانات
			٠٤	٠٥٨٩٣	من الاشتراكات
			٠٠	٠٠٠٩٩	أعداد مبيعة
	٠٩	٢٦٤٨٦	٠٠		جملة ايراد المجلة
	٠٩	٤٩٧١١			المجموع

المصروفات

ادارة الجمعية

البيان	ص	ـ	ص	ـ
أدوات منها ٢٥٠٠ القسط الاول من الماكينة	٤٤٣٢	٠٧		
عمولة تحصيل بواقع عشرة فى المائة منها ١٤٥٨ عن الاشتراكات و ٦٧٥ قرشا عن الحفلة	٢١٣٣	٠٠		
ايجار محل للجمعية	١٩٢٠	٠٠		
مرتب القائم بالاعمال الكتابية عن ادارتى الجمعية والمجلة	٧٨٠٠	٠٠		
سلفه حسب البيان التالى	٨٠٣٤	٠٠	٢٤٣١٩	٠٧

البيان	ص	ـ	ص	ـ
بريد	٣١٧٠	٠٠		
حفلات وادوات	٢١٠٠	٠٠		
نثريات واجرة كهرباء ومكافأة خادم واجرة كتابة على الآلة الكاتبة	٢٠٦٩	٠٠		
أدوات كتابية وأدارية ومطبوعات	٠٦٩٥	٠٠	٨٠٣٤	٠٠

المجلة

البيان	ص	ـ	ص	ـ
مطبوعات	١٦٨٣٨	٠٥		
اجرة تصحيح	٠١٨٠٠	٠٠		
حساب السلفة كالبيان الآتى	٠٤٤٨٠	٠٥	٢٣١١٩	٠٠
جملة المصروفات			٤٧٤٣٨	٠٧

	صـ	ـــ
بريد	٠٩١٩	٠٠
اشتراكات جرائد اجنبية	١٠٧٢	٠٠
نثريات	٢٢٦٧	٠٥
اكلشيهات	٠٢٢٢	٠٠
جملة	٤٤٨٠	٠٥

وعلى ذلك يكون الوفر كالآتى : —

	صـ	ـــ
ايرادات	٤٩٧١١	٠٩
المصروفات	٤٧٤٣٨	٠٧
المتوفر	٠٢٢٧٣	٠٢
الرصيد القديم	٧٧٧١٣	٠٨
جملة الرصيد الجديد	٧٩٩٨٧	٠٠

تحريراً بالقاهرة فى ٣١ ديسمبر سنة ١٩٢٦ م

أمين الصندوق

الدكتور محمد صبحى

محضر الجمعية العمومية الاعتيادية

للجمعية الطبية المصرية باسكندرية سنة ١٩٢٧

عقدت الجلسة بمقر الجمعية نمرة (٥) بميدان اسمعيل الاول الساعة السابعة والنصف من مساء يوم الاربعاء الموافق ١٢ يناير سنة١٩٢٧ تحت رئاسة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمر وبحضور تسعة عشر طبيباً من الاعضاء

فقام السكرتير وأعلن أن الجلسة قانونية حيث قد حضر اجتماعها أكثر من ثلث الاعضاء مع العلم أن عدد الاعضاء المسددين للاشتراك هو ٣٥ عضواً

ثم تلى محضر الجمعية العمومية السابقة وصودق عليه وتلى تقرير مجلس الادارة عن أعمال الجمعية وأموالها وحساباتها لسنة ١٩٢٦

ثم تلى تقرير مراقب الحسابات وصودق عليه

ثم اصدرت الجمعية القرارات الآتية

١ — تكليف مجلس الادارة الجديد بالسعى بكل الطرق الممكنة للحصول على مساعدة ماليـة من بلدية الاسكندرية وأيضاً من الاعانات التى تدفعها أو ستدفعها الحكومة الى الجمعية الرئيسية بالقاهرة

٢ — تقرر بناء على اقتراح مجلس الادارة تغيير المادة ١٣ من القانون بأن تكون كما يأتى . قيمة الاشتراك السنوى هى ثلاثة جنيهات مصرية يدفعها كل عضو على أقساط أو على دفعة واحدة

٣ — تقرر بناء على اقتراح مجلس الادارة اضافة الجملة الآتيـة للمادة ٢٥ (ولمجلس الادارة أن ينتخب من أعضائه من يساعد السكرتير فى أعماله)

٤ — رفضت الجمعيـة اقتراحا من الدكتور عبد الواحد الوكيل بخصوص

تعديل المادة ١٧ من القانون لتقييد مدة انتخاب أى عضو فى مجلس الادارة ما عدا الرئيس

٥ — أبلغت الهيئـة استقالة عضوين أحدهما من مجلس الادارة والآخر من عضوية الجمعية فتقرر عدم قبول الاستقالتين مؤقتاً وتكليف مجلس الادارة بالسعى لأن يعيد النظر فى ذلك

٦ — أبلغت الهيئـة خبر تغيب الدكتور شعبان هريدى أمين صندوق الجمعية لانتـدابه مصلحياً خارج الاسكندرية فتقرر أن ينتخب أمين صندوق مؤقت ويكون دائماً اذا ثبت أن انتداب الدكتور هريدى سيكون لمدة طويلة

٧ — أجريت الانتخابات بالاقتراع السرى فكانت نتيجتها كما يأتى

ا — رئيس الجمعية لسـنة ١٩٢٧ نال الدكتور عبد الرحمن بك عمر (١٤) صوتا والدكتور قناوى (٣) والدكتور محفوظ (١)

ب — السكرتير لمدة سنتين نال الدكتور عبد الواحد الوكيل (١٦) صوتا والدكتور عبد السلام محمود (١) والدكتور عزيز عبد المجيد (١)

ج — أمين الصندوق المؤقت نال الدكتور عبـد الرحمن الرافعى (١٢) صوتا والدكتور عزيز عبد المجيد (٣) والدكاترة محفوظ وعبد السلام محمود وعبد الحميد صالح صوتاً واحداً لكل منهم

د — عضوين لمدة سنتين نال الدكتور عبد السـلام محمود (٩) أصوات والدكتور عبـد العزيز عمران (٨) أصوات والدكتور عزيز عبد المجيد (٧) أصوات والدكتور احمد النقيب صوتين والدكتور عبد الحميد صالح والدكتور احمد عبد السلام والدكتور عبد الرحمن سامى صوتاً واحداً لكل منهم

هـ — مراقب الحسابات لسـنة ١٩٢٧ نال الدكتور عبد الحميد قاسم (٧) أصوات والدكتور عـبد الرحمن سامى صوتين والدكتور عثمان شكرى والدكتور

عبد العزيز عمران كل صوتا فاعيد الانتخاب بين حضرتى الاول والثانى فنال الدكتور عبد الحميد قاسم (١٤) صوتا والدكتور عزيز عبد المجيد ثلاثة أصوات وقفلت الجلسة حيث كانت الساعة التاسعة والنصف مساء م

السكرتير

الدكتور عبد الواحد الوكيل

تقرير مجلس ادارة الجمعية الطبية المصرية

بالاسكندرية عن أعمالها فى عام ١٩٢٦

حضرات الزملاء الأفاضل

يتقدم اليكم مجلس الادارة بالتحية والتهنئة بحلول العام السادس فى حياة الجمعية الطبية المصرية بالاسكندرية متمنياً لها فى ظلكم بقاء دائماً ومقاماً تزيد مجده الأيام

ويرى المجلس وقد مضت خمسة أعوام منذ تأسيس الجمعية فخرجت من طوق الطفولة الى عهدها الحالى وهو عهد ملؤه الامل وحسن الرجاء أن ينتهز هذه الفرصة ليستعرض بين أيديكم بصفة اجماليـة الاغراض التى أسست من أجلها والآمال التى تحققت والامانى التى لا تزال تصبو اليها نفوسنا وترنو اليها أبصارنا

تأسست الجمعية رسمياً فى يوم مبارك هو يوم الاربعاء ١٥ فبراير سنة **١٩٢٢** تأثراً بالخطوات الجميلة التى خطاها زملاؤنا فى القاهرة من أمد سابق . وقياما بواجب كانت تتطلبه وتتعطش اليه الروح الاخلاقية والعلمية الحديثة والنهضة الوطنية البحتة فى ذلك الاوان . وذلك الواجب هو لم شمل أرباب صناعة الطب

الشريفة من المصريين وضم عناصرهم فى صعيد واحد

تأسست الجمعية لزيادة التعارف وايجاد التعاون والتعاضد بين أعضائها وايجاد صلة بيننا و بين جمعيات ونقابات الاطباء فى الخارج والداخل . ولتبادل الآراء الطبية ولرفع شأو اللغة العربية الطبية والاهتمام بصفة خاصة بأمراض القطر المصرى من حيث اجراء المباحث فيها والعمل على مقاومتها ولمد يد المساعدة الادبية والمادية لاعضائها عند الاقتضاء وللسعى لانشاء ناد للاطباء ومكتبة تحوى الكتب الطبية القيمة . وهى أغراض أيها السادة سامية نبيلة كان حقاً على جيلنا الحاضر الذى رفع عن اعناقه نير القرون المظلمة السابقة أن يعنى بها وأن يدلل بالقيام بها على تعليمه لم يكن عبثاً ولا اخلاقه لهوا ولعبا . وأن الاطباء هم الآخرون فى ركنهم العلمى البحت قادرون على خدمة وطنهم ولغتهم وفنهم جماعة لافرادى . وانهم أبناء ذلك الفن القديم الذى يسوى بين أصحابه . القديم منهم والحديث الكبير والصغير .

وعند تأسيس الجمعية رحبت بها الجمعية الكبرى بالقاهرة ايما ترحيب وقدمت لها المجلة الطبية المصرية لساناً لحالها وقد مرت عدة حوادث تكاتفت الجمعيتان فى بحثها واصدار قرارات فيها وانه ليسرنا أيها السادة أن نرى زملاؤنا فى أسيوط وطنطا وغيرهما قد بدأوا يخطون الخطوات التى خطوناها من الوجهتين الاجتماعية والعلمية

لم تكن الجمعية فى تلك الظروف بمستطيعة الا التقدم فى طريقها بهمة أعضائها وسرعان ما زال حياؤنا من القاء المحاضرات فأقدم الكثير على صعود المنبر بدون خوف ولا وجل بل وسرعان ما اختفت من صفوف الجلسات تلك اللغة العجيبة الخليطة بين لسان الشرق والغرب وتعودت الشفاه والاسماع اللغة العربية الطبية الصحيحة

ولقد ألقيت من المحاضرات نيف وأربعين وهو عدد ضيل حقيقة بصفته محصول سنوات كاملات من الواجب ألا ننسى أنها كانت سنوات ابتداء بطىء على أن هناك ظاهرة أخرى هى المسبار الحقيقى لمقـدار اقبال الاعضاء وشعورهم بالاهمية العلمية والاجتماعية التى لجمعيتهم وذلك هو عدد الحاضرين فى الجلسات

فقد كان هـذا العدد يعلو وينخفض تبعاً لظروف متعددة الا أننا نلاحظ أخيراً وملء قلوبنا الفرح أن الاعضاء يوالون حضور الجلسات حباً فى العلم فقط وللاشتراك فى المناقشات وتبادل الآراء ويحافظون على مواعيد الجلسات محافظتهم على أدق المواعيد وأهمها

خدمت الجمعيـة الزملاء خدمة أخرى جليلة النفع ألا وهى ازدياد تعارفهم وتعاضدهم فقد كنا قبل انشاء الجمعية نعيش فرادى أو جماعات صغيرة تجمعها رابطة التلمذة السابقة أو محل العمل . ولكننا اليوم أيها السادة نعرف بعضنا البعض . وفوق ذلك نقدر معارف كل منا . ولا شك أن الجمعيـة وجلساتها كانت أداة فى تقريب قلوب الكثيرين منا وأنتجت لهم ربحاً أدبياً ان لم يكن مادياً أيضـاً فى أعمالهم

ولا يزال يجـد كل طبيب مبتدئ أو قادم على مدينتنا فى الجمعية مضيفاً عزيز القدر يقدمه لزملائه واخوانه . وميداناً لعلمه أو لسانه يظهر فيه علمه ومعارفه

تلك وغيرها من الاعمال الداخلية التى قامت بهـا الجمعية . ولكنها لم تأل جهداً فى خدمة المدينة والوطن عامة بما فى وسعها . فمن أعمالها طلب انشاء مدرسة طبية بالاسكندرية وتعيين أحد الزملاء فى مجلس البلدية ودراسة مشروع قانون المخدرات وتعضيد جمعية منع المسكرات والسعى لانشاء جمعية طبيـة ملكية عامة معترف بها . وقد أبدت رأيها على صفحات الجرائد مراراً فى مواضيع عديدة تهم البلد عامة أو الاطباء خاصة وغير ذلك من الاعمال

وقد نتج عن وجود الجمعية واستمرارها وأنها لم تمت وليـدة ان الجمهور قد شعر بعقامها وكثيراً ما التجأ اليها أفراد فى المدينـة وخارجها فى عدة مواضيع طبية وصحية .

تلك لمحة أيها السادة يسيرة من صفحات سجلنا فى السنوات السابقة لسـنة ١٩٢٦ . وهى صفحات تبشر بكل خير . ولم يكن لأى زميل فضل خاص فيهـا بل ان الفضل هو لشعور الجميع واتحادهم . أما فى سـنة ١٩٢٦ فقد رأى مجلس الادارة أن الاوان كان قد آن للخطوة الهامة الثانيـة وهى ايجاد مقر للجمعية به مكتبة والاشتراك فى المجلات الطبية السيارة . وقد عرض الامر بين يديكم ونال قبولكم رقد تنفذ فعلا من أول سنة ١٩٢٧ . وقد اشتركت الجمعية فى أهم المجلات العالمية منها اثنان انكليزيتان واخريان فرنسيتان وخامسة أمريكية وسادسة عربية سورية هذا بخلاف المجلة الطبية والمجلة الصحية المصريتين

وهذه الخطوة أيها السادة قد سدت ثغرة كبيرة فقد صار للجمعية (مقر) أو بصفة أخرى وجود ملموس محسوس تجىء اليه وتصدر عنه مكاتباتها وتجتمع فيـه جلساتها العلمية والعمومية و يدلف اليه الزملاء كل ليلة للاطلاع على المجلات السيارة والمسامرة فيما يفيد فنهم وأشخاصهم . وكل ما نرجوه أيها السادة أن تتعهدوا مقركم بالزيارة كلما كان ذلك ميسوراً حتى تتأكد من الفائدة المبتغاة التى وجد من أجلها

وأملنا كبير أن نستطيع فى المستقبل ايجاد ناد منفصل للجمعية وهو ما منعنا عنه للآن قلة المال .

أما أعمالنا الاخرى فى عام ١٩٢٦ من عقـد الجلسات العلمية وغيرها فكل حضراتكم تعلمونها

واننا قبل الانتقال الى الكلام عن أموال الجمعية وحساباتها يجدر أن نشير الى الطلب الذى قدمته الجمعية الكبرى بالقاهرة أخيراً الى أولى الامر طالبة

الاعتراف بها وهى لا شك ناجحة

وهـذا الطلب أيها السادة هو الدعامة الكبرى للجمعية ولنا أن نثق ونوقن تماماً أن جمعياتنا الطبية المصرية كلها ستزيد قوة وأننا سنستطيع فى العهد المقبل القريب أن نقوم بأكثر مما عملنا وأن نجد لمجهوداتنا وأفكارنا ميادين أعلى وأغلى فى خدمة وطننا تحت ظله ورعايته

أما أموال الجمعية أيها السادة وحساباتها فخلاصتها كما يأتى : —

الايراد . كان الباقى فى أول عام ١٩٢٦ مبلغ ٦٩جنيها و٢٩٨ مليما منها ٦٠ جنيها فى بنك مصر والباقى بالصندوق وفى أثناء سنة١٩٢٦ ورد للجمعية مبلغ ٢٨ جنيها اشتراكات أعضاء فتكون جملة الايراد ٩٧ جنيها و ٢٩٨ مليما

المنصرف . صرف مبلغ ٤١ جنيها و ٢٣٨ مليما فى سنة ١٩٢٦ منها ١٥ جنيها أرسلت لجمعية مصر اشتراك الاعضاء فيها وفى المجلة ومنها ٨ جنيهات ثمن مكتب وسكرتوار للسكرتارية و ١١ جنيها و ٦٨ مليما اشتراك فى ستة مجلات لسنة١٩٢٧ والباقى مصاريف وسكرتارية من بريد ومطبوعات وخلافه

الباقى . فيكون فى آخر سنة ١٩٢٦ الباقى من أموال الجمعية هو مبلغ ٥٦ جنيها و ١٥٦ مليما منها ٤٥ جنيها فى بنك مصر باسم الجمعية و ١١ جنيها و ١٦٠ مليما بالصندوق

وأخيراً فاننا نختم تقريرنا هذا راجين أن نكون قد قمنا بواجبنا فى خدمة الجمعية بما هو فى مقدورنا وأن نكون قد حزنا رضاكم وقبولكم والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته ؟

حفلة توزيع الجوائز السنوية

لكلية الطب المصرية

أقامت كلية الطب المصرية فى العاشر من شهر مارس سنة ١٩٢٧ حفلة شائقة لتوزيع الجوائز على النابهين من متخرجيها رأسها معالى وزير المعارف وحضرها جمهور كبير من العظماء والاعيان وقد بدأ الكلام فيها جناب مديرها الاستاذ مادن ثم قام صاحب العزة الدكتور نجيب محفوظ بك مترجماً كلامه (وهو المنشور بعد)

ثم وزعت الجوائز وكان يناولها معالى الوزير بيده للفائزين وبعد الانتهاء تفضل معاليه بكلمة رقيقة حيا بها الفائزين ثم تلاه سعادة وكيل الداخلية للصحه ثم صاحب العزة الدكتور عبد المجيد محمود بك بكلمة ختمها بدعوة الجمع لتناول الشاى الذى كان قد أعد له مقصف فخم . و بعد الانتهاء انصرف الجمع وهو شاكر للكلية حفاوتها وداع للمتخرجين بالتوفيق والنجاح م

كلمة عميد كلية الطب المصرية

ان واجبى الأول الذى يبعث السرور فى نفسى هو أن أوجه عبارات الثناء التى يرددها كل من فى الكلية لحضرة صاحب المعالى على الشمسى بك وزير المعارف ورئيس شرف الجامعة لتكبده المشاق فى الحضور وتفضله بوضع اجتماعنا هذا تحت رياسته . وأن اهتمامه المتوالى بشؤون كليتنا الصادر عن اخلاص لمدعاة لارتياحنا العظيم ومن شأنه أن يشجعنا التشجيع الذى ليس له حد

أما حضرة صاحب السعادة وكيل الداخلية للشؤون الصحية وحضرة صاحب العزة السكرتير العام للجامعة المصرية ومساعد مديرها فانهم فى الحقيقة منا واننا لنتقدم اليهم أيضاً مرحبين بهم الترحيب كله ونقدم خالص شكرنا كذلك لحضرتى صاحبى السعادة وكيلى وزارتى المعارف والمالية وغيرهما من علية القدم لتفضلهم باجابة دعوتنا

واننا لنأسف جد الأسف لعدم امكان حضرة صاحب العزة مدير الجامعة من الحضور معنا اليوم بالنسبة لمرضه وأود أن أوجه له من هذا الاجتماع رسالة تعبر عما تكنه له قلوبنا من عاطفة ورجاؤنا أن يخطو خطوات سريعة نحو الشفاء

ومع تقديم احترامى الفائق لكل من ذكرتهم من حضرات المدعوين فاننى اصرح بأن ترحيبنا الاكبر هو لمتخرجى قصر العينى القدماء الذين حضروا اليوم ليشاهدوا مدرستهم القديمة وصلات تعارف سعيدة واننى أطلب اليهم جميعاً أن يتأكدوا بأننا (زملاءهم الأصاغر وهيئة الموظفين الحاليين وطلبة قصر العينى) مسرورون لرؤيتهم هنا ونرحب بهم على مسرح فوزهم

فعودوا وعودوا أيضاً وستجدون اننا نرحب بكم دائماً

حوادث العام

كانت لزيادة السير كوبر برى ولتقريره المقدم عن تنظيم الكلية أهمية فاقت أهمية أى حادث آخر حصل منذ اجتماعنا الاخير . فلقد رؤى أنه يجب اغتنام فرصة تحويل مدرسة الطب الى كلية تتبع الجامعة لمراجعة البرنامج مرة أخرى فدعى السير كوبر برى — وهو مصدر ثقة فى التعليم الطبى — للمجىء الى القطر المصرى للقيام بهذا العمل وكان قد اعتزل وقتئذ وظيفة عميد كلية لندن

وقد وصل السير كوبر برى للقاهرة فى أواخر سبتمبر سنة ١٩٢٦ وقدم فى

نهاية الثلاثة أشهر التالية تقريراً دقيقاً شاملا ليس عن كلية الطب وحدها بل عن مدارس الصيدلة والممرضات وطب الاسنان ثم شفعـه بنظام ترتيب الدرجات العالية فى الجامعة . وقد بحث مجلس الكلية هذا التقرير وقرر مجلس الجامعة قبوله فيما يتعلق ببرنامج الدروس ونظام التدريس بالكلية ولكن تنفيذ هذا التقرير يستدعى — كما هو الواجب — نفقات مالية طائلة وعلى ذلك فان الموضوع ما زال محتاجاً لبحث تفصيلى دقيق فى كل ناحية من نواحيه

وأن التقرير فى مجموعه ليشهد بالفضل للسير كوبرپرى وهو أثر خالد لجهوده الممتازة وثاقب فكره (الذى يكاد يكون غير معتاد) فى كل المسائل التى تتعلق بكليتنا

زيادة عدد الطلبة

كان من جراء قبول جزء من تقرير السير كوبرپرى — ذلك الجزء الذى قصر الدراسة التحضيرية بكلية العلوم على سنة واحدة بدل سنتين — ان نقل فى الحال طلبة السنة الثانية من القسم التحضيرى الى كلية الطب وقد تم هذا النقل فى أول نوفمبر سنة ١٩٢٦ . ونتج عن ذلك أن ١٦٣ طالباً الحقوا دفعـة واحدة بمعاملنا وفصولنا المزدحمة بالطلبة ولم يكن هناك مفر — لوقت ما — من هذا الازدحام السيء الذى سببه قبول مجلس الجامعة لاقتراحات السير كوبرپرى وقد بذل كل جهد لعلاج هذه الحالة الطارئه بانشاء فصول مخصوصة لتدريس الكيمياء وعلم الحياة لاعداد هؤلاء الطلبة المنقولين من القسم التحضيرى للسير فى البرنامج المعتاد الموضوع للسنتين الثانية والثالثة ولقـد كان لتفانى القائمين بالتدريس وعملهم الشاق أنهم اتموا بنجاح وبسرعة القسم الأول من الدرسين الاضافيين فى أواخر يناير سنة ١٩٢٧ وقد عقدت الامتحانات فعلا لاختبار الطلبة

ويبلغ عدد الطلبة الذين ينقلون فى الأحوال الاعتيادية كل عام من كلية العلوم ١٥٠ طالبا وقد أصبح من الصعب جداً مع الازدحام الحالى الذى بلغ أشده الاعتناء بجماهير الطلبة المقيدين بالكلية — فالحاجة ماسة بسرعة انشاء مدرسة جديدة بها من المحلات ما يزيد عن المحلات الموجودة فى الوقت الحاضر والعمل كذلك على زيادة الموظفين والا فانه لا مندوحة من هبوط مستوى التعليم

وعدد طلبة الكلية يشمل :

٥٥٧ طالبا يدرسون الطب

٣٥ طالبا يدرسون الصيدلة

٢٣ طالبا يدرسون مساعدى كيماوين

٨٨ طالبة بمدرسة الممرضات

٧٠٣

ومن بين الذين يدرسون الطب يوجد : —

٩٠ طالبا بالسنة الخامسة

و٤٣ طالبا بالسنة الرابعة

و٩١ طالبا بالسنة الثالثة

و١٦٧ طالبا بالسنة الثانية

و١٦٣ طالبا بالقسم الاعدادى

وتفوق ذلك درجة ازدحام مستشفى قصر العينى اذ بلغ عدد من عولجوا بالعيادة الداخلية فى سنة ١٩٢٦ مالا يقل عن ١٥٤٦٣ مريضا وحضر ١٦٧٤٣٩ مريضا جديداً للعيادة الخارجية للمعالجة يضاف عليهم ١٩٥٩٠٧ مريضا . ولا يدرك الا نفر قليل من الخارجين عن هيئة الموظفين بالمستشفى ضخامة هذه الارقام وما يجره علاج هؤلاء المرضى على الموظفين وكفاية المستشفى

واذ بسطت هذه الحقائق اكون معذوراً اذا عدت فالحفت فى ضرورة نظر مشروعنا الخاص بانشاء كلية ومستشفى جديدين لما يستدعيه من السرعة القصوى

وبهذه المناسبة نذكر عاملا آخر له من الاهمية القصوى ما للعوامل الاخرى وهو خطر نقص تدريب طلبة الطب على المسائل الاكلينكية تدريباً صحيحاً فمع وجود مستشفانا الصغير — بمقارنته بالمستشفيات الاخرى — الذى يسع ٦٦٠ سريراً كان لكل طالب منذ أربع سنوات أربعة أسرة فأصبح لكل طالب بعد امتحانات مارس من هذا العام ١ ٤/٥ سرير فقط ولا داعى بعد ذلك للتعليق على هذه الحالة المستحيل بقاؤها

وقد كان سلوك الطلبة أثناء العام مثالا يحتذى به بالرغم من وجود الصعاب التى كان عليهم أن يقابلوها وهو دليل واضح على روح الالفة السارية فى جميع أنحاء الكلية والتى تبعث على السرور

المبانى الجديدة

قد حاولت أثناء السنتين الماضيتين الاجتهاد فى تخفيف العبء المطرد فى الزيادة على غرف التدريس والمعامل بانشاء ملحقات لاقسام عدة وقد قرب انتهاء العمل منها وتشمل هذه الملحقات ما يأتى : —

٢ — قسم التشريح — بنيت أربع غرف لاستعمال الموظفين وطليت جدران الاسطبلات القديمة لينتفع بها هذا القسم

٢ — قسم الفسيولوجيا (علم وظائف الاعضاء) — أخذ هذا القسم مكان المعامل البايولوجية (علم الحياة) والمعمل الكيماوى الذى يقع أعلا غرفة التشريح و بنيت غرفتان ملاصقتان لهذا القسم ملحق بهما حمام وأخذ المعمل البيولوجى العملى بعد اعداده وايجاد محركات ميكانيكية مركب عليها أنابيب وهى لازمة للفسيولوجيا العملية

٣ — قسم الفارما كولوجي (الاقربازين) — أخذ هذا القسم المكان الذى كان مخصصاً لقسم الفسيولوجيا القديم وأجريت به تصليحات عديدة واسعة النطاق شملت القسم كله وذلك بانشاء مناور وفتح شبابيك اضائية وتوسيع بعض الغرف

٤ — قسم الباراسيتولوجي (علم الطفيليات) ، جعل قسم الفارما كولوجي القديم لائقاً لوجود هذا القسم به وحولت غرفة المحاضرات الى معمل عملى للبارسيتولوجيا العملية

٥ — قسم الباتولوجيا (علم الأمراض) — بنيت غرفة جديدة للمحاضرات وأخلى الجزء المخصوص لاقامة النواب وجعل مناسبا لمعمل بكتريولوجي ووضع بالمعمل العملى القديم بعض المقاعد ليسع عدداً من الطلبة أكبر من العدد الحالى

٦ — قسم الفارما كوجنوس (علم العقاقير) — قد أوجد به الآن متحف ومعمل عملى

٧ — العمل جار نحو جعل المعمل الكيماوى القديم بالدور الاسفل صالحاً لاستعمال مدرسة الصيدلة

الاختبارات المدرسية

اذا صح الحكم بنتيجة الامتحانات التى عقدت أثناء السنة فان المستوى ظل محفوظا تماماً ، وقد وردت عدة تقارير من الممتحنين الخارجيين حوت ارشادات كثيرة واتخذت الاجراءات للعمل على زيادة تحسين المستوى العام للامتحانات التى عدلت تعديلا هاماً نظراً لزيادة عدد الطلبة

وقد اتبع نظام تأليف هيئات للامتحانات تشمل كل هيئة ممتحناً من الخارج

وقد أسفرت هذه الطريقة عن نجاح تام وخففت كثيراً من العبء الملقى على كل من الممتحَنين والممتحِنين

وقد تقدم للامتحان من السنة الثالثة بمدرسة الطب ١٠ طلبة نجح منهم ٩ أى بنسبة ٩٠ ./.

ومن السنة الرابعة بمدرسة الطب ٨٦ طالبا نجح منهم ٥٩ أى بنسبة ٥٤ ./.

ومن السنة الخامسة بمدرسة الطب ٨٢ طالباً نجح منهم ٤٨ أى بنسبة ٥٨ ./.

ومن السنة الثانية بمدرسة الصيدلة ٤٤ طالبا نجح منهم ٢٠ أى بنسبة ٤٦ ./.

وقد تقدم للامتحان من السنة الثالثة بمدرسة الصيدلة ٢٥ طالبا نجح منهم ٢٤ أى بنسبة ٩٠ ./.

وصرفت ٩١ دبلومة أثناء السنة بيانها كالآتى :—

٥٨ دبلومة فى الطب و ٢٤ دبلومة فى الصيدلة و ٩ دبلومات فى التمريض

أما العمل الممتاز الذى قام به الطلبة والممرضات أثناء دراستهم فسنعود اليه بعد وقت قصير عند توزيع الجوائز عليهم واغتنم هذه الفرصة لاهنئ الحاصلين على الدبلومات والحائزين على الجوائز على ما أحرزوا من نجاح

وانه لما ترتاح اليه نفوس الوالدين وأولياء الامور حقا الموجودين هنا اليوم بكثرة أن يروا كيف أثمرت تربيتهم الحسنة لاولادهم وبناتهم وأنه لفخر عظيم لهم عند ما يحمل هؤلاء الطلبة دبلوماتهم لمنازلهم ويزداد هذا الفخر اذا حملوا معها ما منح لهم من جوائز ومداليات وهى التى تعطى فقط بعد بحث دقيق فى عمل وسلوك كل من تمنح له

التعيينات

عين الماجور بجم Major Biggam الطبيب المستشار للجيش البريطانى بالقطر المصرى أستاذاً للطب الاكلينيكى بعقد لمدة خمس سنوات وقد كانت

لشخصيته ومعلوماته السنية ما جعله معروفاً وأنه لعضو عامل من هيئة الموظفين .
وقد عاد الدكتور أنيس سلامه من البعثة بعد أن قضى فى انجلترا حياة مدرسية
نجح فيها نجاحاً باهراً اذ حصل على الدرجات الآتية M. R. C. P., D. T. M.
& H , D. P. H. وعين معيداً فى الطب ومساعداً لطبيب وهو لا يمارس
صناعته فى الخارج

ولم يكتف الدكتور محمد مصطفى رياض بالحصول على درجة P. R. C. S.
(Engli.) فى الميعاد المحدد بل يعمل على التخصص وذلك بالحصول على درجة
Master of Surgery in Orthopaedic surgery من جامعة ليفر بول ونرجو أن
يعود الينا كمساعد جراح غير مرخص له بممارسة المهنة فى الخارج وربما أمكن
تعيينه أيضاً فى وظيفة خاصة بقسم العلاج الجراحى للتشوهات Orthopaedic Dept.

وقد حصل الدكتور عبد الرؤف حسن على الدرجات D. T. M. & H., D. P. H.
و بذلك استحق تماماً تعيينه فى وظيفة محضر فى علم الطفيليات غير مرخص له
بممارسة مهنته فى الخارج

الاعمال الممتازة التى قام بها المتخرجون

ان الاعمال التى يقوم بها متخرجو المدرسة فى أوربا وغيرها يستدعى دائماً
الانتباه المصحوب بشىء من الاهتمام ولدينا كشف بدرجات الامتياز التى
حصلوا عليها أثناء العام الماضى ونذكر فيما يلى بعضها علاوة على ما سبق ذكره
منها : —

منح الدكتور مصطفى احمد عمر لقب زميل بالجمعية الآتية
" Delopine Fellowship in Bacteriology in the Unviersisty of Manchester "

ونجح الدكتور احمد افندى خليل عبد الخالق — الابن الثانى لضابط المدرسة المحترم خليل افندى عبد الخالق فى الامتحان المنعقد للحصول على درجة M. R. C. P. ولها من الاهمية ما لأية درجة أخرى

وأن التقارير المقدمة عمن هم بالبعثة تكاد تكون على الاطلاق باعثة على الرضى التام

مدرسة طب الاسنان

ما زال موضوع ادماج مدرسة طب الاسنان فى كلية الطب تحت النظر ومع ذلك فاننا نعمل متكاتفين مع المدرسة وخصوصاً فيما يتعلق بالجانب العلمى وتقرير السير كوبر برى عن الترتيب المقترح شامل لكل النقط المراد بحثها والمطلوب اتخاذ قرار سريع فى هذا الموضوع يمكن السير فى تنفيذه

الملحق

أدخلت جملة اصطلاحات على المستشفى ونحن مدينون لصديقنا الفاضل محمود صدقى باشا محافظ القاهرة وناظر وقف قاسم باشا فى انشاء بناء جديد أطلقنا عليه اسم « الملحق » ويستعمل هذا الملحق لقبول الحالات المستعجلة وللحالات التى تبقى عادة بضعة أيام فى المستشفى وسيعد هذا البناء للعمل فى أول مارس وسيزداد بذلك عدد أسرة المستشفى ٥٠ سريراً وربما نتج عن ذلك تخفيف العبء الحالى عن عاتق المستشفى تخفيفاً حقيقياً

قسم العلاج الجراحى للتشوهات

سننتهز فرصة لانشاء نواة لقسم جراحى لعلاج التشوهات فى البناء الجديد وقد وضع مشروع انشاء هذا القسم الهام تحت النظر

مدرسة الممرضات

لكى يمكن قبول عدد أ كبر من عدد الطالبات الحاليات اللاتى يدرسن التمريض قد عثر على منزل جديد يصلح لسكن وتدريب ٢٠ طالبة وسيبدأ العمل به قريباً

رثاء

لا يمكننى أن أختم بيانى هـذا عن حوادث العام المتباينة دون أن أذكر بالاسف وفاة المرحوم صديقى القديم وزميلى الدكتور لوين فلبس التى حدثت قبل أوانها اذ انتقل رحمة الله عليه الى جوار ربه فى اليوم الاول من سنة ١٩٢٧ . وقد خدم المرحوم الدكتور فلبس المدرسة والمستشفى خدمة حقة وباخلاص لمدة ٢٥ سنة وان طلبة قصر العينى الذين تعاقبوا بالمدرسة فى أجيال عديدة ليذكرون بالاسف هذا الراحل ويذكرون فضله عليهم وجهوده الطيبة معهم فى كل ما عاد عليهم من نفع

واننا لنقدم للمسز فيلبس وكريمتها أحر تعزياتنا على مصابهن الأليم ونحن بقصر العينى وكذلك يشعر معنا أعضاء مهنة الطب بالقطر المصرى على العموم اننا قد فقدنا بفقده زميلا مخلصاً ومربياً صادقاً وطبيباً ماهراً

وفى الختام هل لى أن أكون جريئاً مرة أخرى فألح على الهيئات المختصة التى ربما وجد لها ممثلون قادرون بيننا يحضرون اجتماع اليوم — لانشاء المستشفى والكلية الطبيـة على جزيرة الروضة فى أقل وقت ممكن حتى بذلك يتسع نطاق العمـل المجدى القائم الآن بكلية الطب ومستشفى قصر العينى ويكون فى الوقت ذاته عملا خالداً ينسب لزمن المعضد الكريم لانشاء العلوم والفنون بالقطر المصرى مولانا جلالة الملك فؤاد الاول حفظه الله

و بعد الانتهاء تفضل حضرة صاحب المعالى بتسليم الجوائز الآتية لحضرات الاطباء الآتية اسماؤهم

كلية الطب :

المدالية الذهبية	الدكتور احمد السيد على عمار
المدالية الفضية	الدكتور صبحى عبد الملك ميخائيل

مدرسة الصيدلة :

المدالية الفضية	ابراهيم عساف هاشم افندى
المدالية البرنزية	حسنى احمد المنجورى افندى

مدرسة الممرضات والمولدات :

المدالية الفضية	الآنسة سيدة عثمان رزق
المدالية البرنزية	الآنسة نبيهة محمد الطوانسى

كلية الطب :

مدالية فضية لاول السنتين الرابعة والخامسة	الدكتور احمد السيد على عمار
مدالية برنزية لثانى السنتين الرابعة والخامسة	الدكتور احمد فهمى رجب

جائزة المرحوم الدكتور عيسى باشا حمدى وهى مدالية ذهبية

الأول فى امتحان الامراض الباطنية	الدكتور ابراهيم فرج

جائزة مظلوم بك ٧ جنيهات و٨٠٠ مليما

أول دبلوم مدرسة الصيدلة	ابراهيم عساف هاشم أفندى

والمجلة الطبية المصرية تهنئهم جميعاً وتتمنى لهم مستقبلا سعيداً م؟

المؤتمر الطبى العام

لامراض البلاد الحارة

المزمع انعقاده فى شتاء سنة ١٩٢٨

قرر مجلس الوزراء أخيراً الموافقة على عقد مؤتمر طبى عام (دولى) بمدينة القاهرة فى شتاء سنة ١٩٢٨ يكون خاصا بأمراض البلاد الحارة

وقد سبق أن آثار هذه المسألة مجلس ادارة الجمعية الطبية المصرية حيث أرسل كتابين لمعالى وزير المعارف وسعادة وكيل الداخلية للصحة فى شهر أبريل سنة ١٩٢٥ مقترحاً دعوة موتمر طبى عام لامراض المناطق الحارة وذلك بمناسبة مرور مائة عام على تأسيس مدرسة الطب المصرية أما الاقتراح فى ذاته فقد حاز موافقة ولاة الامور وقتئذ غير أنهم رأوا ارجاء التنفيذ لحين أن يتم بناء الكلية الجديدة ومستشفاها

وقد بقيت المسألة عند ذلك الحد الى أن أثارها حديثاً حضرة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا حتى كان من نتيجة سعيه قرار المجلس الاخير

والمنتظر أن يعقد المؤتمر فى شهر نوفمبر أو ديسمبر سنة ١٩٢٨ حتى يكون لدى كل من يود الاشتراك فيه متسع من الوقت للتحضير والاستعداد

والجمعية الطبية لها كبير الامل فى أن يشترك فى هذا المؤتمر أكبر عدد ممكن من الاطباء المصريين وأن يستعد عدد كبير منهم للاشتراك فعلياً فى أعماله العلمية بقراءة الابحاث العلمية المبتكرة والاشتراك فى مناقشة الموضوعات التى ستعرض أمام المؤتمرين لبحثها

وبهذه المناسبة نقول بأننا لازلنا نذكر ويذكر معنا كثير من الزملاء الافاضل

أن المؤتمر السابق الذى عقد فى القاهرة فى سنة ١٩٠١ كان ذا صبغة أجنبية أكثر منها مصرية

ولكننا الآن وقد مضى عليه نحو ربع قرن تخلله تطور عظيم الشأن فى البيئة الطبية المصرية نشعر بأن فى الهيئة الطبية المصرية من هم جديرون بأن يقوموا بواجبهم الوطنى فى هذا الاجتماع الدولى الهام بشكل يعود عليهم وعلى أبناء وطنهم بالفخر والثناء . وسيكون ذلك ميسوراً اذا توخى كل فرد الدقة التامة فى ملاحظاته وابحاثه التى يرجع فيها لمشاهدات ثابتة. وقد اكتفينا بهذه الكلمة الوجيزة الآن فى هذا الموضوع الهام الذى سوف يكون لنا فيه عود فى الاعداد القادمة م؟

پپيرازين ميدى

حبيبات فواره

ضد كل اعراض التهاب المفاصل

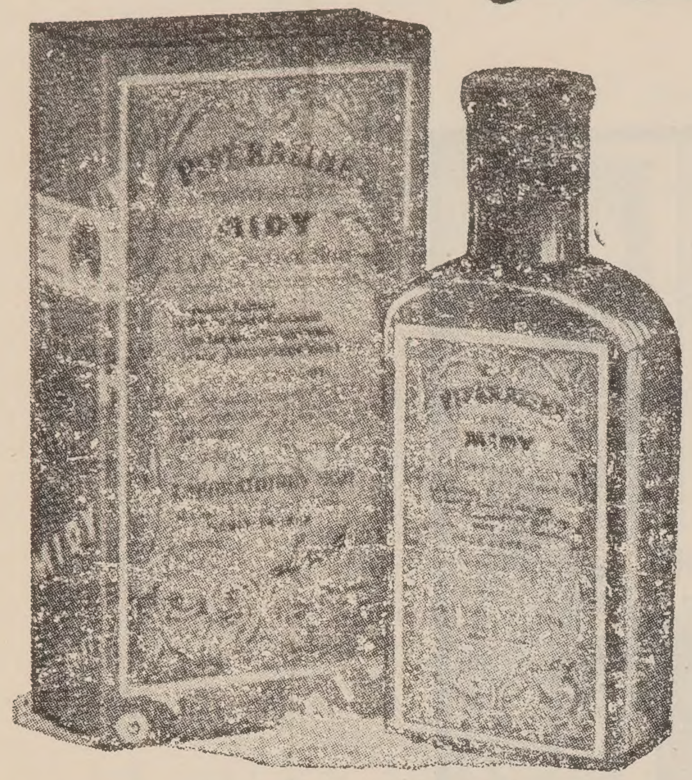
النقرس - الحصوات

الروماتيزم

المغص الكلوى

الرمل الكلوى

الرمل الصفراوى الكبدى



طريقة الاستعمال

الاحوال الحاده ٣ - ٦ ملاعق قهوه فى اليوم منذ ابتدا في نصف كوب ماء ويفضل اخذها بعد الاكل بمدة

الاحوال المزمنه ١ - ٣ ملاعق قهوه فى اليوم مده خمسة عشر يوما من كل شهر ويستعمل لمدة بضعة اشهر

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

مرهم واقماع ميدى

ادرينالين قابض

العلاج الناجع للبواسير الداخلة والخارجة

ومضاعفاتها

البواسير

التشقق

حالة المستقيم ... الخ



طريقة الاستعمال

المرهم - يستعمل فى الصباح والمساء قبل وبعد التبرز

الاقماع - ١-٢ قمع فى الصباح قبل التبرز وفى المساء عند النوم

معامل ميدى ٤ شارع كولونل مل باريس (E ١٧)

DIGIFORTIS P., D. & Co. ديجفورتس

صبغة ديجتالية خاصة (معامل بارك ودفيز الـكيماوية)

هى صبغة خاصة من الديجتالا محضرة بمعرفة بارك ودفيز وشركاهم لتفى بحاجة الأطباء الباطنيين كمستخرج ديجتالى موثوق به

أولاً — أنها محضرة من أنقى أنواع أوراق الديجتالا ومعايره وتنتقى أوراقها لنضارتها ولونها واحتوائها على الأصل الفعال

ثانياً — مقدرة فسيولوجياً بطريقة : هوتن فرج هارت (**Houghton frog-heart Method**) لان الابحاث الـكيماوية لا يمكن الاعتماد عليها

ثالثاً — خالية من الدهن وهذا يجعلها أكثر ثباتاً وأقل احداثاً للتهييج

رابعاً — أنها أقوى من صبغة الديجتالا (فارماكوبيا انكليزية) بمقدار ٥٠ ٪ حتى أن جرعة مقدارها عشرة نقط توازى جرعة مقدارها ١٥ نقطة من الصبغة الرسمية

خامساً — تصرف فى زجاجات عنبرية تحتوى كل على أوقية فقط وذلك منعاً من اطالة تعرضها للهواء عقب فتح الزجاجة

وصبغة الديجتالا تفقد مفعولها اذا عرضت لفعل التأكسد الهوائى

(خصص ديجفورتس بارك ودافيز وشركاهم بلندن)

المجلة الطبية المصرية

المجلة الطبية المصرية هى لسان حال الجمعية الطبيــة المصرية والصحيفة الوحيدة من نوعها التى تتداولها أيدى رجال الطب فى مصر . ونظراً لتحريرها باللغة العربية فهى واسـعة الانتشار فى جميع الممالك العربية وعلى ذلك فلها جولة دولية ولن يخطئ راغبو الاعلانات فى اعتبار اعلاناتهم بها بمثـابة عمل رابح وهاك بيان أجور الاعلانات سنويا

	صفحة كاملة	نصف صفحة	ثلث صفحة	ربع صفحة
	جنيه	جنيه	جنيه	جنيه
صدر المجلة	٣٠	٢٠	١٢	١٠
آخر المجلة	٢٥	١٥	١٠	٨

Le Revue Médicale Egyptienne

La Revue Médicale Egyptienne est l'organe officiel de l'Association Médicale Egyptienne et le seul journal médical périodique en circulation entre les mains des médecins égyptiens.

La revue étant éditée en langue arabe est appelée à être largement distribuée et répanduc dans tous les pays où cette langue prédomine.

Les annonces dans cette revue ne puevent par conséquent que profiter à ceux que en font la publicité.

Prix des Annonces par an

	Au commencement de la revue L. E.	A la fin de la Revuc L. E.
Page Complète	30	25
1/2 de page	20	15
1/3 de page	12	10
1/4 de page	10	8

The Egyptian Medical Review

The Egyptian Medical Review is the official organ of the Fgyptian Medical Association and the only periodical of its nature in circulation among the medical profession in Egypt. Owing to the fact that it is edited in Arabic, it is widely read in the Arabic Speaking World and therefore commands an international circulation. Avertisers are well advised to regard publicity in it as a paying investment.

Yearly Advertising Rates

	Full Page	Half Page	Third Page	Quarter Page
Front Section. L. E.	30	20	12	10
Back Section. L. E.	25	15	10	8